Tehnica examinării bolnavului şi tehnica prezentării de caz clinic

Ion I. Bruckner

Editura Farmamedia
Târgu Mureş • 2008

Tehnica examinării bolnavului şi tehnica prezentării de caz clinic

© Editura FarmaMedia, 2008

Toate drepturile aparţin Editurii FarmaMedia. Reproducerea integrală sau parţială a textului din această carte este interzisă fără acordul prealabil al editurii.

Autor: Prof. Dr. Ion I. Bruckner
Editor carte: Attila Péter Mezei
Tehnoredactare: Dr. Tibor László Mezei
Coperta: Dr. Zoltán Sárkány
Corectură: Borbála Mezei

Medicina este o ştiinţă în continuă evoluţie motiv pentru care recomandăm persoanelor implicate în asistenţa medicală să se informeze asupra eventualelor schimbări faţă de conţinutul acestei cărţi.

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
BRUCKNER, ION I.
Tehnica examinării bolnavului şi tehnica prezentării de caz clinic / Ion I. Bruckner. - Târgu-Mureş : Farmamedia, 2008
Index
ISBN 978-973-88525-0-1

616-07

Editura FarmaMedia
str. Köteles Sámuel nr. 8.
540057 Târgu Mureş
tel: 0265-260326
www.farmamedia.ro
email: office@farmamedia.ro

Cuprins

partea **Tehnica examinării bolnavului**

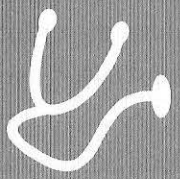
Tehnica anamnezei 9
Tehnica examenului fizic 25
Examinarea extremităţii cefalice 47
Examinarea feţei posterioare a trunchiului 59
Examinarea feţei anterioare a trunchiului 67
Examinarea membrelor şi mişcării ... 79
Redactarea foii de observaţie 83

partea **Tehnica prezentării de caz clinic**

Date generale..... 89
Tehnica examinării în cadrul prezentării de caz 95
Prezentarea cazului clinic..... 101
Gândirea în prezentarea de caz 119
Concluzii 123
Schema prezentării de caz 125

Partea I

Tehnica examinării bolnavului



1 Tehnica anamnezei

Date generale

Anamneza reprezintă fără îndoială una din cele mai dificile etape ale examenului clinic şi în acelaşi timp, poate din acest motiv probabil etapa cea mai neglijată. Aparent, anamneza, adică discuţia cu bolnavul sau aparţinătorii, ar fi ceva foarte simplu constând în colectarea unor manifestări ale bolii resimţite de bolnav. Ea presupune însă şi stabilirea unei relaţii medic – pacient, relaţie esenţială în buna desfăşurare a actului medical. Pe de altă parte, anamneza presupune din partea medicului şi întelegerea unor elemente pe care pacientul nu poate sau nu vrea să le expună. Acest aspect al anamnezei presupune desigur multă experienţă şi cunoaştere psihologică şi nu poate fi accesibil începătorului.

În cele ce urmează, ne vom limita la prezentarea principiilor tehnice ale anamnezei, aplicabile în orice situație.

Clasic, anamneza cuprinde mai multe părți obligatorii:

- motivele prezentării la medic
- istoricul bolii
- antecedentele personale
- antecedentele heredocolaterale
- condițiile de viață și muncă.

Separarea acestor părți este uneori arbitrară, deoarece motivele internării fac parte din istoricul bolii și apar ca element izolat numai în forma redactată a anamnezei, nu în discuția cu bolnavul. De asemeni, unele antecedente patologice pot fi încadrate și în istoricul unei suferințe actuale. În acest sens trebuie subliniat că este o mare diferență între discuția reală cu bolnavul și anamneză, care se prezintă la vizita sau la un examen, sau care se consemnează în fișa sau foaia de observație. Discuția cu bolnavul este un demers interuman care poate avea o desfășurare diferită în funcție de condiția fizică și psihică a bolnavului, iar elementul scris sau prezentat care rezultă este un exercițiu de compoziție care reflectă pornind de la datele

obținute în discuție, întelegerea și capacitatea de sinteză a medicului sau studentului. Realizarea compoziției cuprinde desigur aspectul medical al bolnavului, dar este expresia calității cunoașterii medicale, culturii, maturității medicului. Nu în ultimul rând, din păcate este și dovada capacității de exprimare (în limba română în cazul nostru) a celui care o redactează.

Există două modalități extreme de preluare a anamnezei:

- *discuția liberă* în care bolnavul povestește neîngrădit despre suferința sa
- *chestionarul* cu întrebări deschise oral sau scris.

Evident chestionarul nu permite stabilirea unei relații umane, chiar în forma orală și este din acest motiv frustrant pentru bolnav care poate să îl perceapă ca pe o anchetă polițienească. La fel de evident, discuția liberă riscă să se dilueze în multe amănunte anecdotice, lipsite de importanță medicală, dar uneori utile în cunoașterea umană a celui examinat. Din această cauză, această tehnică este foarte utilă, dar ea poate uneori să reprezinte un consum aparent exagerat sau

disproporționat de timp, care este uneori greu sau imposibil de acordat.

În practica curentă, medicii experimentați folosesc un amestec al celor două modalități lăsând inițial bolnavul să povestească și întrerupând povestea atunci când au strâns suficiente informații sau atunci când aspectul anecdotic devine prea prolix. În același timp, ei folosesc întrebări țintite pentu a obține anumite informații necesare.

Un manual de semiologie prezintă fiecare componentă a anamnezei ca pe o entitate de sine stătătoare, dar așa cum spuneam, discuția cu bolnavul nu respectă decât în linii mari acest tipar. De aceea nu este în intenția noastră să prezentăm fiecare componentă, ci să subliniem tehnica generală de preluare a anamnezei.

Condițiile anamnezei

Pentru a obține maximum de informație și a putea stabili o relație optimă cu cel examinat, trebuie îndeplinite unele condiții. Este de dorit ca discuția cu bolnavul să aibe loc

într-un mediu liniștit fără ca în timpul discuției să existe întreruperi sau medicul să fie solicitat să rezolve și alte probleme, sau să dea impresia că are și alte preocupări. Pacientul trebuie să fie convins că i se acordă toată atenția. În acest sens, un salon cu mulți bolnavi nu este desigur locul ideal de a prelua o anamneză, unele aspecte intime ale bolnavului fiind greu de chestionat în public. Pe de altă parte, un dialog strict „în doi" nu este întotdeauna de dorit, prezența unei terțe persoane (asistentă medicală, membru al familiei pacientului) putând fi foarte utilă. Aceasta nu înseamnă că nu vor fi situații în care discuția cu pacientul se va desfășura în condiții deosebit de nefavorabile (de exemplu, într-o unitate de primire urgențe aglomerată), dar în asemenea condiții discuția este limitată la informațiile strict necesare stării de urgență, urmând să fie completată apoi în condiții mai bune.

La începutul discuției, examinatorul trebuie să se prezinte („Bună ziua, sunt dr X și doresc să mă ocup de d-voastră"). Este bine ca el să aibă, în măsura posibilului, unele informații preliminare cum ar fi să știe (din fișa sau foaia de observație) numele pacien-

tului. O adresare politicoasă, pe nume (ex.: dna Popescu) şi vorbind la persoana a doua plural, va da o bună impresie şi va stabili o relaţie mult mai apropiată de cea ideală faţă de adresări de genul „mătuşică", „moşule", „bunică" care vor fi percepute de pacient ca peiorative.

Impresia pe care trebuie să o lase examinatorul, este cea de politeţe şi de interes. O asemenea atitudine evită multe posibile neînţelegeri ulterioare. Nu trebuie uitat niciodată că aşa cum examinatorul îl urmăreşte pe examinat şi acesta urmăreşte toate reacţiile primului şi îl judecă. De aceea, reacţii de judecată critică (de exemplu, la mărturisirea unei boli cu transmitere sexuală), de ironie faţă de unele afirmaţii sau formulări incorecte, de grabă (chiar când aceasta este justificată), de nerăbdare (faţă de o poveste nerelevantă), de dezgust (faţă de unele leziuni sau afirmaţii) trebuie să fie perfect stăpînite. În acelaşi sens trebuie evitate discuţiile în şoaptă cu terţe persoane (colegi, personal medical, etc) în faţa bolnavului sau unde el le poate observa. Indiferent ce discutaţi, bolnavul va crede că discutaţi despre el, de regulă, că discutaţi negativ.

Examinatorul trebuie să dea dovada unei „neutralităţi binevoitoare", adică să fie calm, interesat, cu compasiune, dar nu cu o participare subiectivă exagerată, care poate fi greşit interpretată.

Nu comentăm pe larg aspectul examinatorului, dar pentru a inspira încredere, acesta trebuie să fie corect îmbrăcat, de preferinţă „clasic", curat, etc.

Poziţia la birou impune o distanţă artificială şi de aceea este recomandat uneori aşezarea de aceeaşi parte a mesei cu cel examinat dar nu exagerat de aproape, cu lumina laterală, care să nu orbească bolnavul. Acestea sunt elemente aparent minore, dar uneori foarte importante.

În acest sens este evident că nu se poate lua o anamneză unui bolnav într-o poziţie cu totul dezagreabilă, cum ar fi, aspect caricatural, o femeie pe masa ginecologică.

Tehnica discuţiei

Prima întrebare după prezentări şi eventual, dacă este necesar, aflarea unor date gene-

rale cum ar fi vârsta, trebuie să se refere la ceea ce l-a adus pe pacient la medic. Această întrebare trebuie să fie deschisă, adică să lase celui examinat libertatea să își aleagă răspunsul (să nu fie o întrebare cu răspuns închis, respectiv numai cu opțiunea „da" sau „nu"). Sunt de preferat întrebări de felul: „Ce v-a adus la noi (la spital / la consultație) ?" sau „Ce vă supără ?". Întrebarea „Ce vă doare ?" este posibilă, dar poate să fie nerelevantă dacă bolnavul nu are o durere, ci un alt simptom.

După aflarea motivului prezentării, logica impune urmărirea simptomului, simptomelor sau motivului aflat. Chiar și în fața unui bolnav venit pentru o prelungire de concediu sau pensionare, urmarea discuției după aflarea acestui motiv este de a afla cauza pentru care a obținut inițial concediu medical sau a fost pensionat. Cu atât mai mult în fața unui pacient care vine pentru o suferință trebuie aflată istoria acestei suferințe. Examinatorul trebuie să faciliteze povestea pacientului, să îl îndemne să vorbească printr-o atitudine atentă, eventual cu mici exclamații de încurajare cum ar fi „ Da ?" sau „Vă ascult". Uneori sunt utile întreruperi de precizare atunci

când pacientul nu se exprimă clar sau nu știți ce înțelege prin anumite cuvinte sau expresii (de ex.: „Ce înseamnă că ați fost răcit ?".

Pentru orice simptom trebuie cerute unele precizări. Simptomul cel mai complex și cel mai frecvent, durerea, este tipic din acest punct de vedere. La durere trebuie precizate următoarele:

- localizarea și iradierea („geografia")
- momentul apariției și evoluția în timp („istoria")
- calitatea („cu ce seamănă")
- cantitatea (intensitatea)
- condiții de apariție, agravare sau ușurare
- manifestări concomitente.

Unele din aceste elemente trebuie precizate pentru orice simptom, evident cele ce pot fi precizate (de exemplu, nu localizarea unui vertij, dar momentul apariției și evoluția, ce l-a provocat sau îl ușurează, ce alte manifestări l-au însoțit). După obținerea „istoriei" fiecărui simptom care l-a adus pe pacient la medic și a relației între acestea, dacă în acest timp nu s-a obținut expunerea întregii istorii a suferinței bolnavului, se încearcă aflarea acesteia. Această parte a discuției poate

fi completată prin întrebări directe privind unele simptome frecvente:

- pentru extremitatea cefalică – „Aveți dureri de cap, amețeli, tulburări de vedere sau auz?"
- pentru aparatul respirator – „Tușiți sau aveți dificultăți de respirație?"
- pentru aparatul circulator – „Aveți dureri în piept sau palpitații?"
- pentru aparatul digestiv – „Aveți dureri abdominale sau tulburări de tranzit?".

Scopul acestor întrebări este evitarea omiterii unor simptome care prin vechime sau constanță au intrat în „obișnuit" sau „normal" și nu mai sunt povestite de pacient. În același sens, simptome ale bolii actuale pot fi ignorate de pacient fiindcă au intrat progresiv în „normal". Este frecventă o discuție ca cea de mai jos cu un pacient cu insuficiență cardiacă:

Medicul: „Respirați greu?"

Pacientul: „Nu."

M: „Nici când fugiți după tramvai?"

P: „Nu fug după tramvai."

M: „De ce?"

Pacientul poate răspunde diferit: fiindcă obosesc, dar și fiindcă nu folosesc tramvaiul.

După epuizarea (aparentă) a poveștii suferinței actuale, se trece la aflarea istoriei medicale îndepărtate: antecedentele personale patologice. Acestea pot fi boli sau evenimente corelabile cu cele ce reprezintă suferința actuală sau pot fi evenimente medicale independente. Nu trebuie uitate eventuale operații, traumatisme majore, alergii, vaccinări.

Numai după epuizarea acestei discuții se află antecedentele personale fiziologice – respectiv la femei vârsta menarhei, a menopauzei (dacă este cazul), numărul și evoluția sarcinilor, numărul și cauza avorturilor (spontane sau provocate). Evident nu trebuie căzut în ridicol – vârsta menarhei și chiar a menopauzei este nerelevantă la o femeie de peste 80 ani.

După aceasta se află condițiile de viață (inclusiv unele „păcate" cum ar fi consumul de cafea sau fumatul), condițiile și mediul de muncă, situația familială.

Din toate cele aflate se trece la redactarea anamnezei. Discuția cu bolnavul însă poate să continue în timpul examinării sau la orice

examinare ulterioară pentru a putea preciza elemente care sunt descoperite la examenul fizic sau prin evoluție, sau la examenele paraclinice. Nu trebuie ignorat faptul că un bolnav, mai ales vârstnic, poate să uite unele amănunte, că unele manifestări mai vechi de boală pot fi asimilate cu normalitatea. Anamneza, discuția cu bolnavul, este astfel un proces permanent pe toată durata relației medic-bolnav.

Tehnica redactării anamnezei

Odată încheiată discuția cu bolnavul (cum spuneam mai sus – prima discuție) examinatorul trece la redactarea anamnezei. Acest proces îi aparține în întregime. În el se pot folosi ca ilustrație expresii ale bolnavului, dar compunerea în sine aparține examinatorului și îl reprezintă. Anamneza redactată ilustrează ce a înțeles examinatorul despre suferința pacientului și pentru un medic bun aceasta permite diagnosticul în aproximativ 80 % din cazuri și îi ghidează atitudinea în toate cazurile.

În redactarea anamnezei se respectă capitolele sau părțile menționate anterior.

Motivele prezentării – din totalitatea simptomelor povestite examinatorul trebuie să aleagă între unul și maximum trei motive care au determinat prezentarea actuală. Aceste motive pot fi explicit expuse de pacient – „Am venit pentru că...." - , dar pot fi eventual alese de examinator pentru semnificația lor patologică deosebită. În această ultimă situație, alegerea depinde desigur de cultura medicală, de experiența examinatorului.

Istoricul bolii este evident următoarea parte a compoziției, indiferent de modul în care este redactat un eventual formular de fișă sau foaie de observație. Istoricul se referă în primul rând la evoluția simptomelor care au determinat prezentarea. Există boli, de regulă cele acute (adică de scurtă durată) a căror istoric este relativ ușor de redactat. Indiferent de durată, o boală acută este compusă dintr-un singur episod. Acesta are un început definit, indiferent dacă a fost brutal sau progresiv, și durează până la prezentarea la medic. Problema este mai dificilă în cazul bolilor cronice. Aceste boli cu o evoluție

prelungită, cu perioade de ameliorare şi de agravare succesive sunt uneori mai greu de descris. În general se recomandă să se descrie ultimul episod de agravare, cel care a determinat prezentarea, adică motivele prezentării actuale şi după aceea să se prezinte povestea bolii de la primele ei manifestări şi de la prima stabilire a diagnosticului. Nu este însă o greşeală şi prezentarea istoriei simptomatologiei bolii de la primele manifestări (chiar de la apariţia a ceea ce se numesc factori de risc) până la episodul actual. Ambele modalităţi sunt permise cu condiţia ca istoricul să fie o construcţie logică. Desigur la persoanele care cumulează mai multe boli (situaţie frecventă la persoanele în vârstă) se va prezenta în primul rând istoricul bolii pentru care bolnavul s-a prezentat şi apoi povestea celorlalte suferinţe. Greşeala comună care se face este de a transforma istoricul într-un inventar de simptome fără nici o corelaţie logică şi de fapt dovedind o neînţelegere a evoluţiei bolii.

După redactarea istoricului, se listează antecedentele personale cu precizarea în măsura posibilului, a datei evenimentelor, respectând ordinea următoare:

- antecedente personale patologice:
  - boli suferite în trecut indiferent de posibila relaţie cu boala actuală
  - operaţii suferite
  - accidente
  - stări alergice
  - vaccinări
  - antecedente personale fiziologice.
- antecedentele heredocolaterale:
  - bolile mai importante ale rudelor de gradul I şi II (cu menţionarea pentru cei decedaţi, a eventualei cauze de deces şi a vârstei decesului)
  - bolile membrilor familiei care nu sunt rude de sânge (ex. soţ/soţie) care împărtăşesc acelaşi domiciliu sau condiţii de viaţă.

Condiţiile de viaţă şi muncă cuprinzând atât obiceiuri (fumat, consum de alcool, abateri alimentare, activitate fizică în afara serviciului), cât şi condiţii de muncă, expunere profesională la diverse noxe, efort fizic sau psihic, etc. reprezintă următoarea parte a expunerii.

Un aspect deseori ignorat cel puţin în condiţiile noastre, este istoria relaţiilor fami-

liare și sociale, a diverselor probleme legate de acestea.

Astfel, redactată în scris sau pentru prezentare orală, anamneza devine o compoziție logică permițând o concluzie diagnostică mai mult sau mai puțin elaborată și deschizând drumul explorării clinice și paraclinice ulterioare.

2 Tehnica examenului fizic – generalități

Examenul fizic este o măsură a abilității profesionale. Desigur, fiecare specialitate comportă manevre și tehnici specifice de examinare, dar indiferent de specialitate, un medic trebuie să poată efectua examenul fizic general al unui bolnav. În acest sens un adagiu medical deseori citat este că „bolnavul trebuie examinat din creștet până la tălpi". Este sigur că examenul fizic trebuie să fie complet, adică să cuprindă investigarea clinică a tuturor sistemelor și aparatelor și a tuturor segmentelor organismului, dar pe de altă parte examenul fizic nu este de regulă o procedură „oarbă", ci el este ghidat, se efectuează după anamneză. Medicul are din aceasta o orientare asupra suferinței existente, a altor boli cunoscute din antecedente iar examenul fizic urmărește clarificarea, precizarea unor elemente sugerate de anamneză. În acea direcție poate aplica tehnici speciale, metode de investigație clinică specifice. Pen-

tru a extinde această idee, a treia mare sursă de informare medicală este investigația paraclinică. Nici aceasta nu se face orbește cu realizarea tuturor analizelor și/sau investigațiilor cunoscute (cu excepția necropsiei !!), ci se face țintit, urmărind anumite informații necesare după cunoașterea anamnezei și examenului fizic. Această cale ar fi cea mai sigură și simplă pentru reducerea costurilor medicale. Din păcate, nu este atât de simplă cum pare deoarece presupune cunoștere semiologică, cultură medicală și mai ales logică. Este mult mai simplu să ceri analize și să aștepți să nimerești peste cea edificatoare (metoda „aruncării plasei de pe gard" care caracterizează medicul limitat ca inteligență sau ca și cultură medicală).

În acest text, nu este intenția noastră să prezentăm tehnicile semiologice – tehnica percuției sau a auscultației. Acestea vor fi numai sumar descrise. Dorim să prezentăm tehnica generală de examinare.

Condițiile examenului fizic

Examenul fizic nu trebuie să fie o acțiune neplăcută fizic sau psihic pentru bolnav și nici să nu reprezinte un efort pentru examinator. Pentru aceasta trebuiesc îndeplinite câteva condiții.

Pentru bolnav

- Examenul trebuie să fie făcut în oarecare condiții de intimitate, adică fie într-o cameră separată, fie prin separarea de restul încăperii în care se află multe persoane prin perdele sau paravan. În cursul examinării bolnavul trebuie dezbrăcat (teoretic, cel puțin) în întregime iar unele manevre jenează fără îndoială pudoarea (ex. tuseul rectal). Aceasta nu se poate face în prezența unor persoane străine. În același timp, prezența unui asistent (soră medicală) este recomandată, iar cea a studenților (asimilând în această categorie orice coleg care învață sau este chemat în consult) este permisă.
- Temperatura camerei de examinare trebuie să fie confortabilă, ținând cont de faptul că bolnavul se dezbracă.

■ Poziția bolnavului trebuie să fie confortabilă, într-un pat cu spătarul ce poate fi ridicat și cu pernă sau pentru unele etape, pe un scaun fără spătar.

■ Bolnavul trebuie să aibe dovada că medicul examinator este curat, spălat pe mâini, gest care ar trebui făcut în fața bolnavului înaintea fiecărei examinări.

■ Mâinile examinatorului ca și instrumentarul, trebuie să aibe temperatura potrivită, să nu fie reci.

Pentru medic

■ Condițiile trebuie să permită o cât mai corectă apreciere a aspectului bolnavului. În acest sens, camera și locul în care se află bolnavul trebuie să fie bine luminate, de preferință cu lumina naturală. Iluminarea directă cu o lampă puternică se recomandă numai în condiții speciale. Ea poate ascunde unele aspecte și este incomodă pentru bolnav. Se preferă o iluminare difuză, indirectă. De asemeni, unele modificări se observă mai bine cu lumina laterală. În orice caz, ar fi de dorit ca medicul să aibe la dispoziție o sursă mică de lumină (lampă de buzunar).

■ Bolnavul trebuie să permită o poziție comodă examinatorului. De aceea se recomandă o canapea (sau un pat) de examinare mai înaltă, care să nu oblige la o anteflexie exagerată, incomodă, a trunchiului examinatorului.

■ Bolnavul nu trebuie pus în situația de a se contorsiona și nu trebuie să i se permită să se contorsioneze pentru a oferi o suprafață de examinare mai facilă.

■ Camera de examinare trebuie să ofere condiții de liniște care să permită efectuarea unei auscultații corecte. Acest deziderat uneori greu de realizat într-un salon de spital sau într-o cameră de gardă, trebuie solicitat la nevoie celor din jur care au alte ocupații.

Bolnavii, mai ales cei care nu au mai fost în contact personal și direct cu lumea medicală, au desigur un grad de anxietate în fața celui care îi roagă să se dezbrace și urmează să îi examineze. Explicarea procedurilor care urmează să fie făcute, comentarea pozitivă a unor rezultate ale examinării, servesc la diminuarea anxietății naturale.

O adresare calmă și un examen care urmează evident o secvență clară continuă, fără prea multe solicitări de schimbare a

poziției, efectuat cu siguranță (chiar numai aparentă) dă încredere bolnavului și îi crește gradul de cooperare cu medicul.

Din punct de vedere al celor ce asistă examenul, trebuie să fie făcut cu oarecare eleganță, să nu sugereze efort sau neîndemânare.

Poziția medicului la examinare se recomandă a fi în dreapta bolnavului. În unele situații (examene, concursuri) chiar se penalizează examinarea din partea stânga. Pentru persoanele obișnuite examinarea din dreapta este mai comodă – așează mâna dreaptă în poziție comodă pentru a palpa pe de o parte și pe de alta, unele modificări patologice sunt mai ușor sesizate (rinichiul drept este mai frecvent palpabil, vena jugulară dreaptă este în mai directă comunicare cu venele centrale și deci cu modificări mai evidente). Se exceptează de la regulă percuția și palparea splinei în decubit lateral drept care poate (dar nu obligatoriu) fi făcută din stânga. Desigur, pentru persoanele stângace aceasta poate pune o problemă, dar se recomandă exersarea poziției din dreapta. Un avantaj al examinării mereu din aceeași poziție este acela că astfel se poate deprinde

mai ușor o rutină a examinării, care devine în acest fel mai puțin expusă omisiunilor și mai eficientă.

Tehnicile de examinare

Examenul clinic utilizează simțurile naturale (văzul, auzul, simțul tactil dar și mirosul și în cursul istoriei medicinii, gustul) și un minim și foarte simplu instrumentar (ciocan de reflexe, stetoscop, termometru, etc) pe care de regulă medicul îl poartă asupra sa.

Examenul fizic se bazează pe cele patru metode semiologice fundamentale: inspecția, palparea, percuția și auscultația la care se adaugă unele tehnici simple, care nu necesită o aparatură sau o pregătire specială.

Inspecția constă în observarea aspectului și în măsura posibilului, a funcțiilor organismului. Se distinge o inspecție generală care urmărește aspectul general al persoanei examinate: proporțiile și poziția corpului, forma și mișcările diferitelor segmente corporale, faciesul, culoarea tegumentelor și

eventualele elemente patolgice tegumentare, mersul şi staţiunea, etc. şi inspecţia specială a diverselor modificări secundare, stării şi funcţiei diferitelor aparate şi sisteme (forma şi mişcările respiratorii ale toracelui, aspectul regiunii precordiale, aspectul abdomenului, etc.).

Inspecţia nu trebuie să fie jenantă pentru bolnav. Ea se face pe tot parcursul contactului cu cel examinat, începe din momentul în care acesta intră în cabinet (sau când examinatorul pătrunde în camera bolnavului), continuă pe parcursul anamnezei şi în tot cursul examenului fizic. În cursul inspecţiei, adică în tot timpul contactului cu persoana examinată, examinatorul nu trebuie să manifeste îngrijorare, scârbă, dezgust, frică indiferent ce leziune observă.

Palparea permite caracterizarea tactilă a diverse modificări accesibile morfologice sau funcţionale. În fapt la palpare se utilizează nu numai simţul tactil – identificarea organelor sau unor formaţiuni accesibile şi caracterizarea lor, ci şi sensibilitatea termică – evaluarea temperaturii diferitelor regiuni – şi cea profundă – identificarea vibraţiilor produse de funcţia diferitelor organe. Tot

prin palpare se identifică puncte dureroase la presiune sau atingere.

Palparea presupune contactul mâinii examinatorului cu tegumentele bolnavului. Acest contact nu trebuie să fie neplăcut celui din urmă (de alfel nici examinatorului). Pentru aceasta, mâinile examinatorului trebuie să fie calde, iar manevrele trebuie făcute cu blândeţe, fără presiune exagerată sau bruschete. De principiu, mâna trebuie să intre în contact cu tegumentele bolnavului cu toată suprafaţa şi numai în condiţii speciale, numai cu vârful degetelor. Existenţa posibilităţii de contagiune a dus la utilizarea extensivă a mănuşilor de cauciuc în cursul diferitelor acte medicale (mai ales în condiţiile actualei epidemii de infecţie cu virusul imunodeficienţei umane – HIV). Aceasta nu se aplică la examenul fizic al bolnavului deoarece contagiunea la infecţiile virale (inclusiv HIV) sau microbiene, nu se poate face prin tegumentele intacte ale bolnavului şi medicului. Sunt infectante produsele biologice (sânge, secreţii) şi contactul cu acestea trebuie evitat. Din această cauză palparea unor leziuni cu pierderea integrităţii tegumentare (ulceraţii, răni) se face cu mănuşi, ca şi examinări

endocavitare (tuseu bucal, rectal, genital feminin). În rest însă examenul fizic presupune contact tegumentar direct.

Percuția constă în provocarea de sunete printr-o tehnică specială care trebuie învățată și care constă în lovirea falangei terminale a unui deget de la mâna stângă (de regulă, mediusul) cu vârful mediusului flectat al mâinii drepte. Se poate obține în funcție de prezența sau absența aerului sub zona percutată un sunet plin – matitate – sau diverse grade de rezonanță – sonoritate sau timpanism. Matitatea corespunde absenței aerului, fie prin percuția zonei de proiecție a unui organ parenhimatos, fie prin înlocuirea aerului cu lichid sau țesut într-o zonă normal aerată. Se pot astfel delimita organele pline sau obține informații privind existența de lichid sau țesuturi în zone normal sonore. Sonoritatea denotă prezența de aer și caracterizează plămânul și de regulă intestinul, iar timpanismul denotă prezența de aer într-o cavitate mai mare și uneori sub presiune (normal fornixul gastric).

Auscultația constă în perceperea zgomotelor produse de funcția diferitelor organe în care se deplasează cu presiune și viteză

fluide (aer în plămâni, sânge în arborele circulator, chim intestinal). Auscultația se face astăzi numai mediat, cu ajutorul stetoscopului dar se poate face și imediat, aplicând direct urechea pe tegumente (prin intermediu unui șervet).

În afara acestor tehnici simple, din examenul fizic fac parte și diverse manevre speciale. Unele dintre ele sunt acceptate în întreaga comunitate medicală altele sunt în unele țări rezervate specialiștilor.

Din prima categorie fac parte:

- obținerea datelor antropometrice – înălțime și greutate, la care în ultimii ani se adaugă determinarea taliei (circumferința trunchiului la jumătatea distanței între creasta iliacă și rebordul costal)
- termometrizarea
- măsurarea tensiunii arteriale și frecvenței cardiace
- obținerea reflexelor osteotendinoase
- obținerea reflexelor fotomotoare și de adaptare pupilară la distanță.

Din a doua categorie fac parte:

- examenul fundului de ochi (cu oftalmoscopul) – în țările anglosaxone face parte din examenul general

- examenul auricular şi al cavităţilor nazale (idem)
- tuşeul rectal
- tuşeul vaginal.

Secvenţializarea examenului fizic

Didactic, şi ca mod de prezentare, examenul fizic este organizat pe aparate şi sisteme începând cu examenul general (stare generală, dezvoltare, stare de nutriţie, conştienţă, tegumente şi mucoase, ţesut subcutan şi muscular, sistem ganglionar limfatic, sistem osteoarticular) şi urmând apoi examenul fiecărui aparat (respirator, cardiovascular, digestiv, urogenital, etc). Efectuarea lui practică însă urmează o cu totul altă organizare. Aceasta se face în principiu pe segmente anatomice şi diferă în funcţie de locul de examinare (spital sau cabinet de consultaţii) şi de starea persoanei examinate. Indiferent de aceasta însă, o anumită ordine trebuie să fie constantă si respectată, să devină reflexă, ceea ce nu va permite să se uite sau să se omită unele elemente de examinare. Desigur, fiecare examinator îşi alcătuieşte schema sa proprie care însă trebuie să fie după aceea constant respectată, să devină „rutina" de examinare.

În mod obişnuit, la un pacient spitalizat, examinarea începe prin examenul extremităţii cefalice. Bolnavul fiind în decubit dorsal sau în poziţie şezândă după discuţia anamnestică, se examinează faţa cu toate elementele ei, apoi bolnavul se ridică în şezut dacă era culcat şi se examinează ganglionii laterocervicali şi supraclaviculari, tiroida, mobilitatea coloanei cervicale. Bolnavul fiind în poziţie şezândă (atenţie, bolnavii cu abdomen protruziv sau vârstnicii, stau greu în pat în poziţie şezândă şi trebuie aşezaţi la marginea patului) se trece la examinarea feţei posterioare a trunchiului – torace şi regiune lombară şi a feţelor laterale ale toracelui (regiunile axilare). În această situaţie, dacă bolnavul stă la marginea patului şi uneori şi când este aşezat în pat, el are tendinţa să se torsioneze cu spatele către medic în dorinţa de a-i facilita examinarea. Această manevră trebuie obligatoriu corectată deoarece torsiunea schimbă raporturile anatomice, contractă unele grupe musculare şi poate duce astfel la erori de evaluare.

Apoi bolnavul se culcă în decubit dorsal şi se examinează faţa anterioară a toracelui şi abdomenul. Din aceeaşi poziţie se examinează membrele toracale şi pelviene. Examenul standard ar trebui să se încheie cu ridicarea bolnavului în picioare pentru urmărirea staţiunii şi a mersului.

Schema prezentată porneşte de fapt de la examinarea extremităţii superioare a corpului şi coboară progresiv cu examinarea ambelor feţe ale corpului (dorsală şi ventrală) pentru a sfârşi cu examinarea extremităţilor. Se poate realiza astfel o examinare cursivă cu mobilizare minimă a celui examinat şi fără riscul de a omite ceva.

Desigur că o omisiune este oricând posibilă. Ca şi la anamneză, revenirea asupra unui examen este permisă dar trebuie făcută cursiv încercând să o integraţi în continuitatea examinării.

Examinarea în condiţii speciale

Desigur examinarea bolnavului mobil spitalizat oferă posibilitatea celei mai logice

secvenţializări a examenului fizic. În practică însă, suntem deseori puşi în situaţia de a examina persoane în condiţii diferite, uneori cu dificultăţi importante.

O situaţie comună este examinarea bolnavului în condiţii de ambulator. Situaţia nu diferă de cea de examinare a persoanei spitalizate atâta timp cât cabinetul este dotat cu o canapea de examinare (ceea ce ar trebui să fie regulă). Singura inversiune în aceste condiţii este aceea ca staţiunea, mersul şi mobilitatea se examinează din momentul în care pacientul intră în cabinetul medical şi nu necesită manevre aparte la sfârşitul examinării. În condiţia (neacceptabilă şi nedorită, dar uneori întâlnită) în care cabinetul nu este dotat cu o canapea, poate fi examinată faţa posterioară a trunchiului şi cea anterioară a toracelui cu persoana examinată stând pe un taburet fără spătar sau chiar în picioare. Această situaţie nu permite însă examinarea abdomenului.

O situaţie deosebită o reprezintă bolnavul imobilizat la pat. Acesta poate fi imobilizat din motive medicale (de exemplu, un bolnav ortopedic), prin boli ce imobilizează fără pierderea conştienţei (de exemplu,

hemiplegie recent instalată) sau prin comă. Asemenea bolnavi trebuie obligatoriu examinați general dat fiind riscurile dezvoltării unor complicații grave, eventual inițial puțin simptomatice sau cu simptome nepercepute (bolnavii în comă) cum ar fi embolii pulmonare, bronhopneumonie, etc. La asemenea bolnavi examinarea feței anterioare a corpului nu pune probleme și aceasta se face prima cu bolnavul în decubit dorsal. Apoi bolnavul se întoarce pe o parte și se examinează fața posterioară (fără a omite ambele zone fesiere care pot fi sediul unor abcese post injecții sau escare) și apoi eventual și în celălalt decubit lateral.

În cele ce urmează vom prezenta elementele ce trebuie urmărite la fiecare segment al corpului și vom expune datele esențiale de semiologie exclusiv sub formă de tabele.

Examenul general

În examenul pe segmente nu poate fi încadrat ceea ce este etichetat ca examen general.

Din acest motiv am optat pentru o prezentare în cadrul acestui capitol.

Examenul general cuprinde două categorii de elemente: unele care privesc date determinate în mod specific și unele care se evaluează pe tot parcursul examinării bolnavului.

În mod specific se determină următoarele:

- dezvoltarea fizică și starea de nutriție – exprimate prin înălțime, greutate, indice de masă corporală (calculat din primele două – greutatea împărțită la înălțime la pătrat), talia (circumferința abdominală la jumătatea distanței între rebordul costal și creasta iliacă)
- dezvoltarea sexuală – corespondența vârstei cu caracterele sexuale secundare
- temperatura (prin termometrizare axilară, orală sau rectală)
- habitusul persoanei (tipul constituțional – picnic, longilin astenic, etc.)
- poziția (neutră – relaxată sau decubit impus de boală).

Alte elemente se evaluează pe tot parcursul contactului cu pacientul, atât în timpul anamnezei cât și al examenului fizic pe segmente:

- gradul de orientare temporo-spațială și prezența în mediu
- activitatea motorie (inclusiv mersul)
- vorbirea
- aspectul general al tegumentelor (culoare, temperatură, umiditate, elasticitate, etc.) și prezența unor leziuni eruptive sau a unor leziuni localizate (**tabelul 2.1, 2.2, 2.3**).

De regulă, în examenul general se include și aprecierea „stării generale". Aceasta este o noțiune prost definită care informează despre gravitatea stării bolnavului și înglobează atât elemente de examen general (orientare temporo-spațială, stare de conștiență, stare de nutriție, febră) cât și prezența unor simptome evident severe (dispnee intensă, durere deosebită). Astfel se apreciază că un bolnav comatos sau caşectic, cu febră peste 38°C sau cu dispnee foarte intensă, are o stare generală alterată. Termenul însă nu se referă specific la un semn sau simptom, ci la evaluarea totală a gravității. De exemplu, un bolnav cu o colică renală poate avea o durere foarte intensă și o stare generală mulțumitoare, în timp ce un infarct mio-

Tabel 2.1. Leziunile elementare tegumentare

Leziune		Descriere	Exemple
Leziuni elementare primare (apar pe tegument anterior normal)			
Leziuni circumscrise plane (nepalpabile)	Maculă	Sub 1 cm	Pistrui, petesie
	Pată	Peste 1 cm	Angiom plan
Leziuni palpabile pline	Papulă	Sub 0,5 cm	Nevi diferiți
	Placă	Plata de peste 0,5 cm	Urticarie
	Nodulul	Ferm, mai profund	Tuberculom
Leziuni cu conținut lichidian	Vezicula	Sub 0,5 cm cu conținut seros	Herpes, varicela
	Bula	Peste 0,5 cm cu conținut seros	Arsură de grd.2
	Pustula	Sub 0,5 cm cu conținut purulent	Acnee
Leziuni elementare secundare (apar ca urmare a celor primare)			
Pierderi de substanță	Eroziune	Superficială, epidermică, nu sângerează	După vezicula herpetică
	Ulcer	Profund, sângerează,	Ulcer varicos
Material pe tegumente	Crustă	Rezidiu uscat purulent sau hemoragic	Post traumatic
	Scuama	Porțiune tegumentară superficială desprinsă	Ptiriazis verzicolor

cardic poate avea o durere mai puțin intensă, dar însoțită de dispnee, anxietate, scăderea tensiunii arteriale și o stare generală alterată.

Tabel 2.2. Modificări de culoare tegumentare

Culoare	Mecanism	Distributie – caracter	Cauza
Brună	Exces de melanină	Generalizată	Constituțional
		Zone expuse	Expunere la soare
		Fața (masca), areole, linia albă	Sarcină
		Zone expuse, pliuri palmare, cicatrici recente, uneori generalizată	Boala Addison
Brun-cenușiu	Exces de melanină și hemosiderina	Generalizată, mai evident pe zonele expuse	Hemocromatoza
Albastru -Cianoza	Hemoglobina redusă în medie > 5g%	Generalizată, caldă = centrală	Boli pulmonare Cardiaci congenitali
		Generalizată, rece	Insuficiență cardiacă
		Localizată rece	Insuficiență venoasă
Galbenă	Bilirubina > 1 mg % Icter	Bilirubina indirectă crescută, urini colurice, scaun pleiocrom	Icter hemolitic
		Bilirubina directă crescută, urini brune, spumoase; scaun alb	Icter colostatic
		Ambele tipuri crescute, urini hipercrome, scaun decolorat	Boala hepatică-dobândită
	Carotinemie crescută	Palme, plante, fata	Exces alimatar, mixedem
	Uremie	Generalizat, galben murdar	Insuficiență renală cronică

(cont.)

Tabel 2.2. Modificări de culoare tegumentare

Culoare	Mecanism	Distributie – caracter	Cauza
Alb palid	Deficit de melanină	Generalizat (si iris)	Albinism
		Localizat – zone simetrice	Vitiligo
	Deficit de hemoglobină	Vasoconstrictie	Sincopă, șoc
		Anemie	

Tabel 2.3. Leziuni tegumentare roșii sau violacee generalizate și circumscrise (vasculare și hemoragice)

Culoare – leziune	Mecanism	Distribuție - caracter	Cauze
Roșie	Vasodilatație generalizată	Generalizată, tegumente calde	Febră, Alcool
	Vasodilatație localizată	Localizat, cald, dureros	Inflamație
Roșu-violet	Exces hemoglobină (și redusă)	Generalizată	Policitemie
Steluța vasculară	Vasodilatație arteriolară	Roșie, localizat, vas central, eventual pulsatil, cu „raze", dispare la presiune	Insuficiență hepatică
Pata purpurie Angiocheratom	Angiom	Roșie, localizată, 1–3 mm, aspră	Vârsta
Petesie - purpură	Sângerare capilară sau deficit trombocitar	Petesia = sub 3 mm, roșie-violacee, nu dispare la presiune	Trombopenie, vasculite
Echimoza	Sângerare vas mai mare sau deficit coagulare chimică	De la violet la verde si galben după vârsta	Vânătăi post-traumatice, hemofilie

3 Examinarea extremității cefalice

Extremitatea cefalică – capul și gâtul – este, de regulă, segmentul cu care se începe examenul fizic pe regiuni corporale. Examenul acestui segment comportă numai inspecția și palparea, dar dată fiind complexitatea regiunii, multitudinea de elemente ce trebuie evaluate este suficient de complicat și comportă riscul uitării unor elemente. De aceea este necesară o bună sistematizare. Examenul capului comportă o parte generală care se face de la primul contact cu bolnavul și examinarea specifică a fiecărei componente. Evident aceste două părți se suprapun parțial, unele modificări foarte evidente ale unei componente faciale putând fi observate de la primul contact cu bolnavul.

Examinarea generală cuprinde aprecierea formei și proporțiilor regiunilor craniene (în perioada în care rahitismul era o suferință frecventă se puteau observa stigmate craniene ale bolii). O dimensiune anormală

a cutiei craniene la un copil evocă o hirdocefalie, iar la un adult dacă creşterea a fost sesizată în timp, boala Paget.

În aceeaşi categorie intră şi aprecierea faciesului – modificarea feţei determinată de boală – care permite uneori diagnosticul de la prima vedere (**tabelul 3.1**).

Pierderea simetriei faciale permite diagnosticul unei paralizii faciale centrale (pareza feţei inferioare – subocular) sau periferice (pareza întregii hemifeţe).

Evaluarea culorii tegumentelor feţei şi mucoaselor corespunzătoare, mucoasa bucală permite evaluarea icterului, palorii, cianozei.

Examenul componentelor faciale se începe, de regulă, cu examenul ochilor. Se apreciază modificări ale pleoapelor şi ţesuturilor vizibile orbitare (**tabelul 3.2**), se deschide prin tracţionarea pleoapei inferioare fundul de sac conjunctival şi se observă modificările culorii şi cele aparente la nivelul globului ocular (**tabelul 3.3**).

Examinarea unei eventuale protruzii a globului se face cel mai bine privind de sus, tangenţial faţă la bolnavul aşezat pe scaun

Tabel 3.1. Câteva tipuri caracteristice de facies

Tipul de facies	Modificările caracteristice	Cauza
Faciesul acromegalic	Alungirea aparentă a capului cu proeminenţa mandibulei (prognatism), torus supraorbitar, trăsături şi părţi moi îngroşate, mărite (nas, buze, limbă).	Exces de hormon somatotrop – adenom eozinofil hipofizar
Faciesul hipotiroidian	Faţa edematiată, inexpresivă, cu trăsături îngroşate, piele uscată, par rar, mai ales extremitatea laterală a sprâncenelor.	Hipotiroidie severă
Faciesul hipertiroidian	Faţa sugerând anxietatea, cu ochii exoftalmici, lucioşi, tegumente fine umede.	Hipertiroidie
Faciesul cushingoid	Faţa rotundă, cu pometii roşii, ectazii vasculare, hipertricoza – faţa „în luna plină".	Exces de hormoni corticosuprarenalieni (prin adenom de suprarenală sau exces hipofizar de ACTH) sau indus iatrogen
Faciesul mitral	Pometi roşietici cu buze şi lobuli auriculari cianotici.	Stenoză mitrală
Faciesul parkinsonian	Faţa imobilă, inexpresivă.	Boala Parkinson
Faciesul nefrotic	Edem facial mai vizibil periorbitar, paloare.	Sindrom nefrotic

sau prin aprecierea digitală a protruziei globilor faţă de unghiul extern al orbitei.

Urmează examinarea deficienţelor de convergenţă (strabism), a mişcărilor gobului

Tabel 3.2. Modificările pleoapelor și părților moi orbitare

Modificarea	Descriere
Ptoza palpebrală	Pleoapa superioară căzută, acoperă parțial pupila
Retracție palpebraă sau exoftalmie	Pleoapa superioară permite vederea sclerei deasupra irisului
Ectropion	Răsucirea în afară a marginii palpebrale (uneori se însoțește de scurgerea lacrimilor pe obraz – epifora)
Entropion	Răsucirea înauntru a marginii pleoapei (uneori poate răni corneea)
Edem palpebral	Pleopele apar mărite în volum în întregime cu micșorarea fantei
Hernierea grăsimii	Pungi în jumătatea externă a pleoapei inferioare sau treimea internă a celei superioare
Epiteliom de pleoapă	Ulcerație cu margini perlate
Inflamația sacului lacrimal - dacriocistita	Protruzie roșie, dureroasă a țesutului între unghiul intern al orbitei și nas
Xantelasma	Placa bine circumscrisă, galbenă pe porțiunea nazală a pleoapei

ocular în toate direcțiile, a prezenței nistagmusului și a formei, dimensiunii și simetriei pupilelor și a reflexelor pupilare la lumină și distanță (**tabelul 3.4**). Menționăm numai faptul că la cercetarea nistagmusului, bolnavul trebuie să privească lateral (să urmărească un corp – creion, ciocan de reflexe) care se deplasează spre lateral, dar nu trebuie impusă o privire laterală extremă.

Tabel 3.3. Modificări ale globului ocular

Modificare	Descriere – semnificație
Pinguecula	Mic nodul albicios de o parte sau alta a corneei (irisului) – nesemnificativă.
Pterigion	Îngroșare triunghiulară a conjunctivei cu vârful către pupila ce pornește din unghiul intern al fantei palpebrale. Dacă crește peste pupilă poate afecta vederea.
Arcul senil sau gerontoxon	Zona lineară subțire formând un arc de cerc sau un cerc complet în marginea corneei (periirian) – comun la vârstnici, la tineri sugerează dislipidemie.
Ochiul roșu	
Conjunctivită	Injectare difuză a conjunctivei, mai intensă la periferie, fără afectarea vederii, ușor dureroasă, cu secreții conjunctivale.
Leziune corneeană	Injectare peri corneana sau roșață difuză, durere și scădere de regulă moderată a acuității vizuale.
Irita acută	Roșață similară celei din leziunea corneeana, durere moderată, scădere a acuității vizuale, mioză, fără secreții.
Glaucom acut	Roșată similară celei din leziunea corneeană, durere intensă, scădere a acuității vizuale, midriaza – urgență oftalmologică.
Hemoragie subconjunctivală	Roșață bine delimitată, omogenă, fără alte afectări – sângerare din vas conjunctival, fără legatură cu tensiunea arterială, nesemnificativă.

După examinarea ochilor și anexelor lor se trece la examinarea nasului și cavităților paranazale. Se urmărește durerea provocată prin apăsare pe pereții accesibili ai sinusurilor paranazale (peretele superior al orbitei în unghiul intern la limita cu fruntea pentru

Tabel 3.4. Modificările pupilare

Modificare	Descriere – semnificație
Pupilă midriatică fixă	Pupile dilatate, fixe – intoxicație sau tratament cu anticolinergice (atropina), intoxicație cu ciuperci, la bolnavul în comă lezare cerebrala severă.
Pupilă miotică fixă	Pupila mică, cu contur regulat, fixă – intoxicație cu morfină sau similare (toxicomanie), tratament cu pilocarpna pentru glaucom.
Sindrom Claude Bernard - Horner	Una din pupile mică, cu contur regulat, reactivă la lumină și distanță. De aceeași parte ptoza palpebrală. Semnifică întreruperea inervației simpatice de partea respectivă, de regulă prin afectarea ganglionului stelat.
Semnul Argyll - Robertson	Pupile mici, cu contur neregulat, areactive la lumină, dar reactive la distanță – lues nervos.

sinusul frontal, peretele anterior al obrazului suborbitar pentru cel maxilar) și permeabilitatea nasului punând pacientul să respire pe fiecare nară. Se pot observa devierea septului nazal sau alte modificări de aspect.

Etapa următoare este examinarea buzelor și cavității bucale.

Modificările buzelor sunt aparente de la primul contact cu bolnavul. Ele pot informa fidel despre existența palorii, a cianozei generalizate sau pot prezenta leziuni localizate **(tabelul 3.5)**.

Examenul cavității bucale presupune inspecția succesivă a mucoasei bucale (jugală

Tabel 3.5. Principalele modificări localizate ale buzelor

Modificare	Descriere – semnificație
Herpes labial	Buchet de vezicule pe fond eritematos pe buză și tegumentele înconjurătoare – infecție cu virusul herpetic, deseori declanșată de o stare febrilă.
Angioedem	Edem masiv, rapid dezvoltat al buzei și țesuturilor înconjurătoare (buza de tapir) – alergie, tratament cu inhibitori ai enzimei de conversie a angiotensinei.
Cheiloza Stomatita angulară	Fisuri dureroase la comisura labială – deficit de riboflavina, defecte de ocluzie dentară.
Cheilita	Fisuri cu cruste și inflamație dureroasă a buzelor.
Carcinom de buze	Ulcerație sau placă îngroșată pe buză (inferioară de regulă) fără tendință la vindecare – cel mai frecvent cancer oral.
Sancrul	Ulcerație îndurată, nedureroasă, perfect regulată – lues primar.
Sindrom Peutz - Jeghers	Pete pigmentare pe buze și mucoasa bucală Asociere frecventă cu polipoza (și cancer) colonică.
Boala Rendu - Osler	Angioame de 1 – 3 mm pe buze, mucoasa bucală și alte localizări mucoase – cauza posibilă de sângerări bronsice sau digestive și anemie feriprivă.
Mucocel	Nodul rotund-ovalar, regulat, violaceu – chist mucos poate fi confundat cu un angiom – leziune benignă.

și palatină), a dinților și gingiilor, a limbii și a amigdalelor și mucoasei faringiene a orofaringelui – fundul de gât. Această examinare se face folosind un apăsător de limbă (evident acesta poate fi înlocuit de mânerul unei linguri sau linguriță). Examenul limbii se face rugând bolnavul să o expună („Vă

rog scoateți limba"), dar pentru examenul istmului faringian limba trebuie lăsată în spatele arcadei dentare inferioare și apăsată cu apăsătorul de limbă. Modificările acestor structuri sunt expuse în **tabelele 3.6, 3.7, 3.8** și **3.9.**

Urmează examinarea urechilor și regiunii înconjurătoare. Atragem atenția asupra tumefacției parotidiene, vizibilă pe ramul ascendent al mandibulei, prezentă în afara unei boli acute unde este dureroasă, la alcoolici și în ciroza alcoolică, la obezi și diabetici.

La examinarea urechii, în condiții speciale (dacă simptomatologia o sugerează) se poate investiga simplu acuitatea auditivă și cu

Tabel 3.6. Principalele modificări ale mucoasei jugale și palatine

Modificarea	Descriere - semnificație
Afte	Ulcerații albicioase cu margine eritematoasă, foarte dureroase – infecție virală
Boala Rendu - Osler	Angioame pe mucoasă (vezi Tab. 3.5.)
Pete Fordyce	Pete mici gălbui pe mucoasă – glande sebacee
Torusul palatin	Îngroșare osoasă pe linia mediană – nesemnificativă
Candidiaza bucală	Placi albe, aderente pe mucoasa eritematoasă – infecție cu Candida albicans, deseori după tratamente antibiotice

un diapazon transmisia aeriană și osoasă a sunetelor.

Etapa următoare a examinării extremității cefalice este examinarea gâtului. În această etapă interesează în special examinarea coloanei cervicale, a ganglionilor extremității cefalice și a glandei tiroide.

Coloana cervicală se examinează prin cercetarea punctelor dureroase paravertebrale

Tabel 3.7. Principalele modificări ale dinților și gingiilor

Modificarea	Descriere – semnificație
Gingivita - periodontita	Tumefacție și eritem a marginilor gingivale; apariția de pungi gingivodentare cu material purulent și dezgolire a coletului dentar – cauza de pierderi dentare.
Hipertrofie gingivală	Gingii hipertrofice, neinflamate, care acoperă parțial dinții – sarcină, tratament cu dilantin, leucemie.
Stomatita Vincent gingivita necrozantă	Gingii tumefiate, inflamate, ulcerate, dureroase, acoperite cu pseudomembrane – infecții severe, leucemie
Epulis	Orice tumefacție gingivală localizată inflamatorie sau neoplazică.
Liziereul toxic	Linie cenușie pe marginea gingiilor – intoxicație cu plumb, bismut.
Pigmentare gingivală	Brună – boala Addison
Dinți cu pete galbene	Tratamen cu tetraciclină în timpul sarcinii mamei
Dinți Hutchinson	Dinți mici, depărtați între ei, cu depresii centrale – lues congenital

Tabel 3.8. Principalele modificări ale limbii

Modificarea	Descriere – semnificație
Limba depapilată	Limba netedă, fără papile – deficit de vitamine grup B, feriprivie, tratamente citostatice
Limba geografică	Zone depapilate, bine delimitate sugerând o hartă – nesemnificativă
Limba scrotală (fisurată)	Numeroase fisuri în mucoasa lingual - nesemnificativă
Leucoplachia	Placa albă, aderentă – nesemnificativă
Leucoplachia păroasă	Placa de leucoplachie cu papile elongate – SIDA
Limba smeurie	Limba cu tumefacție a papilelor - scarlatina
Limba păroasă	Elongare a papilelor pe linia mediană de culori diferite galbene, brune, negre – nesemnificativă
Carcinomul de limbă	Noduli sau ulcerații la bază, pe fața inferioară sau pe marginile limbii
Deviația limbii	Paralizia nervului hipoglos (XII) de partea spre care deviază vârful limbii

Tabel 3.9. Principalele modificări ale istmului faringian și faringelui

Modificarea	Descriere – semnificație
Angina virală	Eritem și edem al pilierilor, deseori cu depozite albicioase în criptele amigdaliene
Herpangina	Formă de angină virală (Cocsakie) cu vezicule/ ulcerații în buchet pe valul palatin
Angina streptococică	Eritem și edematiere a pilierilor, uvulei, amigdalelor cu depozite purulente, albicioase în criptele amigdaliene
Faringita atrofică	Mucoasa bucofaringelui atrofică, uneori cu proeminența unor foliculi limfatici
Sancrul bucofaringian	Ulcerație pe mucoasa bucofaringiană
Hipertrofia amigdaliană Amigdalita cronică	Amigdale proeminente, protruzive, fără semne de inflamație

și examinarea mobilității în toate planurile (anteroposterior, flexie laterală și rotație) fără să uităm că mișcarea efectuată în articulațiile mici ale coloanei este cea de flexie laterală (rotația se face predominent din articulația atlantoodontoidă, iar flexia anterioară și posterioară în atlasooccipitală).

Examinarea ganglionilor extremității cefalice și a glandei tiroide se poate face din mai multe poziții însă cea mai recomandabilă și comodă este din spatele bolnavului, cuprinzând gâtul cu ambele mâini. Trebuie palpate toate grupele ganglionare de la ganglionii pre- și retro-auriculari și occipitali până la laturile jugulare și cei supraclaviculari. Nu trebuie omis ganglionul supraclavicular intern drept (Virchow-Troisier). Pentru tiroidă trebuie urmărită mobilitatea cu deglutiția. Cu ocazia examinării tiroidei se poate observa o deviație laterală a traheei, semn a unei deplasări prin prezența unei tumori cervicomediastinale sau a tracțiunii prin retracție a lobului superior pulmonar.

4 Examinarea feței posterioare a trunchiului

Bolnavul fiind în poziție șezândă de la examenul extremității cefalice, examinarea feței posterioare a trunchiului apare absolut firească după cea a gâtului. Această poziție permite și examinarea foselor supraclaviculare care au fost palpate pentru evidențierea unor eventuale adenopatii la examenul gâtului și explorarea axilelor. Trebuie reamintit că bolnavul trebuie să stea simetric (nu semirotat pentru a „facilita" examenul) cu mâinile sprijinite pe genunchi.

Examinarea feței posterioare a trunchiului începe prin inspecție care permite în afara evidențierii unor modificări cutanate și subcutane locale (ex.: semnul Turban, edem sacrat sau al unei baze de hemitorace, etc.) aprecierea formei toracelui și a unor eventuale modificări de curbură ale coloanei toracale. Nu se poate aprecia în această etapă curbura lombară (lordoza) și nici mobilitatea coloanei.

Palparea se începe prin investigarea punctelor dureroase paravertebrale după care se palpează ampliația mișcărilor respiratorii la nivelul foselor supraclaviculare (ampliația vârfurilor pulmonare) și la nivelul bazei toracelui. Reamintim poziția mâinilor pentru cercetarea ampliației bazelor: palmele trebuie aplicate pe torace cu policele depărtat de celelalte degete și paralel cu coasta 10; în acest fel celelalte degete vor fi perpendiculare pe coaste și vor fi puțin flectate pentru a palpa un spațiu intercostal. La o persoană normală în inspir o coastă va rula sub degete. Există și posibilitatea recomandată de unii autori (Barbara Bates) de a realiza câte un pliu cutanat între fiecare dintre police și coloana, și a urmării divergența policelor în inspir. Indiferent de manevră, deplasarea trebuie să fie egală bilateral. Alte manevre palpatorii cum sunt amplexația și cercetarea vibrațiilor vocale sunt utile numai în situații deosebite și nu credem că mai trebuie incluse în examenul de rutină. Cercetarea vibrațiilor vocale are dezavantajul de a fi obositoare pentru bolnav, iar aportul diagnostic este relativ limitat în medicina modernă.

Se pot ulterior palpa lombele și regiunea iliacă (dacă nu s-a făcut această manevră la palparea punctelor dureroase paravertebrale).

De asemeni, în această etapă se poate face măcar parțial examinarea extremității superioare (membrele toracice). Mobilitatea și modificările articulațiilor scapulo-humerale se examinează bine în acest moment, restul articulațiilor și vasele membrului superior putând fi examinate și după terminarea examenului trunchiului. Reamintim numai că pentru articulația scapulo-humerală mișcările esențiale sunt abducția cu rotație anterioară („dusul mâinii la ceafă") și adducția cu rotație posterioară („dusul mâinii în buzunarul din spate al pantalonilor").

Percuția toracică pentru evidențierea unei eventuale suferințe pleuropulmonare începe cu delimitarea benzilor de sonoritate a vârfurilor urmată de percuția spațiilor interscapulovertebrale și a bazelor. Două tehnici sunt posibile: fie se percută un hemitorace (dacă anamneza sugerează, cel sănătos) și apoi se percută comparativ fiecare regiune a amblor hemitorace sau (mai frecvent uzitat) se percută de la început fiecare zonă compara-

tiv. Se recomandă uneori ca bolnavul să își aşeze fiecare mână pe umărul opus (braţele încrucişate) astfel depărtându-se scapulele şi permiţând o mai bună explorare a toracelui (pulmonului) posterior (**tabelul 4.1**).

Tabel 4.1. Principalele modificări la percutorii

Data percutorie	Semnificaţie	Mecanism
Sonoritate „normală"	Pulmon, Intestin	Organ cu conţinut gazos
Hipersonoritate	Emfizem, Pneumotorax moderat Aerocolie	Conţinut gazos crescut
Timpanism	Pungă cu aer gastrică (fornix) Pneumotorax Aerocolie importantă	Conţinut gazos sub presiune
Submatitate	Pneumonii Bazal pulmonar – insuficienţă cardiacă	Înlocuire parţială a aerului într-un pulmon
Matitate	Organ plin parenhimatos: ficat, splina Tumoră plină pulmonară sau abdominală Lichid pleural – delimitare prin linia Damoiseau dacă este liber Pneumonie (delimitare lobară) sau tumora pulmonară Pleurezie inchistată (proecţie scizurala) Pahipleurita	Organ plin sau înlocuire completă a aerului în organ normal aerat

Din această poziţie se pot percuta şi fosele supraclaviculare şi claviculele, elemente care aparţin anatomic feţei anterioare.

Percuţia toracelui poate fi urmată de percuţia lombelor – un bolnav cu colică renală va reacţiona şi la această metodă sau se practică manevra Giordano clasică, respectiv percuţia imediată, uşoară, cu marginea cubitală a mâinii a zonei lombare.

Ultima etapă a examinării este auscultaţia. Se ascultă simetric zonele pulmonare cu identificarea caracterelor murmurului vezicular şi a unor transmiteri anormale de zgomote şi zgomote supra adăugate (**tabelul 4.2**). Se ascultă eventual şi lombele pentru evidenţierea unui suflu sistolic de stenoză de arteră renală. Evident ausculatatia feţei posterioare a toracelui nu evidenţiază numai fenomene stetacustice pulmonare, ci şi eventuale sufluri cu origine cardiovasculară (iradierea circumferenţială a suflului unei insuficienţe mitrale, sufluri de stenoze pulmonare periferice, coarctaţia de aortă, etc.).

După examinarea feţei posterioare, din aceeaşi poziţie este foarte comodă examinarea axilelor.

Tabel 4.2. Principalele modificări stetacustice pulmonare

Modificare		Caracter
Scădere intensitate murmur vezicular până la abolire		
Sufluri = transmitere anormală a suflului laringo-traheal	Tubar	Suflant, similar celui laringo-trahe
	Pleuretic	Tonalitate înaltă, mai intens în exp
	Amforic	Muzical, metalic
	Cavitar	Tonalitate joasă
Raluri = Zgomote cu origine bronho-pulmonară	Ronflante	Tonalitate joasă, sforăit
	Sibilante	Tonalitate înaltă, șuierat
	Subcrepitante	Pocnituri inegale
	Crepitante	Pocnituri fine, egale, în ½ terminal al inspirului, cresc după tuse
Frecătură pleurală		Zgomot caracteristic în ambii timpi respiratori Depunere de fibrină pleural

Palparea axilară urmărește evidențierea unor eventuale adenopatii. Desigur ea poate fi făcută și la examinarea feței anterioare a trunchiului, odată cu examinarea sânilor, însă examinarea la examenul feței posterioare este relativ mai comodă. Reamintim numai că la această examinare brațele pacientului trebuie să atârne pe lângă corp pentru a permite o palpare eficientă. Percuția și

Principalele modificări stetacustice pulmonare

Mecanism - Semnificație	
Hipoventilație alveolară sau prezența de obstacol pleural la transmitere (lichid, aer, pahipleurita)	
Transmitere prin condensare pulmonară cu bronhie liberă	
Transmitere prin condensare și lichid pleural	
Cavitate mare cu pereți netezi – pneumotorax	
Cavernă	
Caractere comune : Apar în ambii timpi respiratori și se modifică cu tusea	Difuz = boala bronsică difuză Localizate = suferință localizată (tbc, cancer, corp străin
	Exudat alveolar

auscultația axilei reprezintă un element de maximă importanță în diagnosticul unor suferințe pulmonare. Se fac rugând bolnavul să ridice brațul punându-și mâna de partea examinată pe cap.

5 Examinarea feței anterioare a trunchiului

Odată terminată examinarea feței posterioare a trunchiului, bolnavul este rugat să se culce în decubit dorsal și se examinează fața anterioară a trunchiului. Aceasta cuprinde examenul toracelui anterior (pulmon și cord) și examenul abdomenului. Aceste două segmente se examinează în principiu separat, făcându-se inspecția, palparea, percuția și auscultația toracelui, urmate de manevrele similare la abdomen. Inspecția generală (aspectul tegumentelor) este însă comună.

Din punct de vedere al structurilor parietale, la inspecția și palparea toracelui anterior se include examinarea glandei mamare (atât la femeie, cât și la bărbat). Această examinare se face mai corect înainte de a ruga examinata (examinatul) să treacă din poziția șezând în decubit dorsal. Desigur, examinarea privește în primul rând femeile, dar nu trebuie uitate ginecomastia și cancerul de sân posibil și la bărbat. La inspecție sunt

importante aspectul mamelonului, existența de secreții mamelonare și eventualele deformări morfologice (aplatizări sau retracții sugerând cancerul, elemente inflamatorii, cicatrici). Palparea glandei mamare la femeie se face cu întreaga suprafață a degetelor sau întreaga palmă, recomandând pacientei să pună mâna pe umărul examinatorului sau să stea cu brațele în șolduri pentru a contracta marele pectoral și a obține astfel o suprafață mai tare pe care să se rulează parenhimul glandular. Nu trebuie uitată palparea prelungirii axilare a glandei. Dacă se identifică o formațiune, aceasta trebuie apoi caracterizată prin palpare cu vârfurile degetelor (mărime, aderență, consistență, etc). Urmează, logic palparea axilei. Pentru aceasta pacienta (pacientul) trebuie să țină brațul relaxat, atârnând pe lângă corp pentru a permite examinatorului să își insinueze degetele până în vârful axilei.

Dacă nu s-a efectuat examenul gâtului (ganglioni, glandă tiroidă) acesta se face tot cu această ocazie.

Inspecția feței anterioare a toracelui cuprinde și inspecția feței anterioare a gâtului în ceea ce privește modificările vasculare

(carotide și jugulare) deoarece acestea fac parte din examinarea cardiacă.

Dintre modificările de formă atragem atenția asupra depresiei foselor supra- și subclaviculare în retracțiile vârfului pulmonar (atelectazie, pahipleurita, fibroza). Nu am mai reamintit modificările generale de formă ale toracelui (emfizematos, infundibuliform, etc.).

De asemeni, nu trebuie omise la inspecție mișcările respiratorii, dar mai ales mișcările din hemitoracele stâng datorite activității cardiace (șoc apexian vizibil, mișcările datorate contracției infundibulului pulmonar parasternal stâng).

Pe fața anterioară a gâtului se poate observa staza (turgescenta) jugulară cu eventual puls sistolic venos și pulsul amplu carotidian (dans arterial).

Palparea toracelui anterior este dominată în ce privește conținutul de palpare a cordului. Se urmăresc modificările șocului apexian, alte mișcări palpabile (nu trebuie uitat semnul Harzer – palparea impulsului ventricular drept subxifidian în hipertrofia-dilatația ventriculului drept), zgomotele

palpabile (**tabelul 5.1**) și eventualele freamăt produse de suflurile palpabile.

Tabel 5.1. Zgomotele cardiace normale și principalele lor modificări patologice

Zgomotul		Caractere	Mecanism - Semnificație
Z1	Normal	Înfundat, se aude mai bine la vârf	Închiderea valvelor atrioventriculare
	Dedublat		Poate fi normal sau asincronism ventricular
	Întărit	Pocnit	Stenoză mitrală
	Diminuat		Scăderea forței de contracție sau BRS
Z2	Normal	Pocnit, se aude mai bine la bază, dedublat în inspir	Închiderea valvelor sigmoide
	Dedublat în ordine fiziologică	Componenta pulmonară normală	Alungire sistolă ventriculară dreaptă
		Componenta pulmonară intensă	Hipertensiune pulmonară
	Dedublat larg, fix		DSA
	Dedublat în ordine inversată		Alungire sistolă ventriculară stângă
Z3	Normal	Puțin intens, frecvență joasă	Eventual sindrom hiperchinetic
	Patologic	Galop protodiastolic	Insuficiență stângă sau dreaptă
Z4	Normal	Nu se aude	
	Patologic	Galop presistolic	Complianță ventriculară scăzută

Percuția feței anterioare a toracelui cuprinde examinarea prin această metodă a pulmonului anterior, a cordului și delimitarea marginii superioare a ficatului.

Percuția pulmonilor se face pe linia medioclaviculară, din spațiul 2 până în spațiul 5 – 6 intercostal. În partea dreaptă la acest nivel se află în mod normal marginea superioară a matității hepatice (atenție! marginea superioară a domului ficatului se află mai sus, dar se interpune pulmonul). În partea stângă pe linia medioclaviculară la același nivel (eventual în spațiu 6) se găsește timpanismul fornixului gastric.

Percuția cordului, în perioada clasică foarte apreciată, a pierdut din importanță odată cu dezvoltarea metodelor imagistice care permit o evaluare mult mai corectă a dimensiunilor cardiace. Datele obținute sunt cel mult orientative. Se percută întâi marginea dreaptă a cordului în spațiile 3–5 intercostale drepte până la stern (unghiul cu marginea superioară a matității hepatice trebuie să fie drept – unghiul cardiohepatic), apoi se percută vârful, urmat de delimitarea marginii stângi și a pediculului cardiac în spațiul 2. Reamintim numai că determinarea unei

matități cardiace „normale" la un pacient cu emfizem semnifică cardiomegalie.

Auscultația toracelui anterior cuprinde, ca și restul examinării acestui segment, evaluarea pulmonului și cordului. În ceea ce privește pulmonul, menționăm numai că anterior se proiectează lobii superiori bilateral, iar în dreapta, sub coasta a 4-a, lobul mediu (posterior se proiectează lobii inferiori până la nivelul spinei scapulei, iar deasupra acesteia lobii superiori). În axile, în stânga anterosuperior, lobul superior și posterioinferior, cel inferior iar în dreapta, cel inferior similar dar anteroinferior lobul mediu.

Auscultația cordului permite identificarea ritmului și apoi analiza zgomotelor normale,

Tabel 5.2. Principalele zgomote cardiace patologice

Zgomotul		Caractere	Semnificație
Sistolice	Clic arterial	Pocnit, imediat după Z 1	Stenoză valvulară sigmoidă Ectazie aortică sau pulmonară
	Clacment mezosistolic	Pocnit, simplu sau multiplu	Prolaps valva mitrală
Diastolice	Clacment de deschidere	Pocnit după Z 2	Stenoză atrioventriculară
	Clacment pericardic	Pocnit după Z 2	Pericardită adezivă sau constrictivă

a celor patologice supra adăugate (**tabelele 5.1, 5.2 și 5.3**).

Deplasarea bolnavului în alte poziții pentru auscultație (decubit lateral stâng, aplecat în față) se fac dacă auscultația în decubit dorsal sau anamneza sugerează posibilitatea unei modificări ce nu este evidentă.

Tab. 5.3. Principalele sufluri cardiace

Suflu		Caractere	Semnificație
Sistolice	Inocent	Mezosistolic, variabil în timp și cu poziția	Fără semnificație, frecvent la copii
	Ejecțional	Mezotelesistolic (apare după o pauză urmând Z 1), aspru, des cu freamăt	Stenoza sigmoidă sau turbulență la ejecție
	De regurgitație	Holosistolic, acoperă zgomotele, suflant, des cu freamăt	Insuficiență atrioventriculară - Poate fi și mezotelesistolic în prolapsul de valvă
	Ejecțional în DSV	Holosistolic, aspru, acoperă zgomotele	DSV
Diastolice	Atrioventriculare	Frecvență joasă, „uruitură", mai intense proto și telediastolic, cu freamăt	Stenoza atrioventriculară
	De regurgitație	Frecvența înaltă, intense protodiastolic, foarte rar cu freamăt	Insuficiență sigmoidă
Continue		Acoperă și sistola și diastola	Canal arterial

După examinarea toracelui anterior, bolnavul fiind în decubit dorsal se poate efectua examinarea abdomenului. Uneori se practică punerea unei perne sub genunchi sau flexia genunchilor cu scopul relaxării mai bune a peretelui abdominal, dar beneficiul acestor poziții este discutabil. Membrele superioare trebuie menținute lângă corp și nu ridicate deasupra capului, poziție deseori adoptată de pacienți în dorința de a facilita examinarea, deoarece această poziție crește tensiunea peretelui abdominal și îngreunează examinarea. În tot cursul examinării este recomandabil să fie urmărită expresia bolnavului pentru a identifica zone în care examinarea este neplăcută (mai ales la persoane care vor să „ajute" nerelatând durerea).

Inspecția abdomenului informează asupra unor date generale (erupții, vergeturi, etc.), dar unele elemente de morfologie trebuie în mod special remarcate. Între acestea menționăm: circulația colaterală, cicatricile postoperatorii (eventual operații pe care pacientul a uitat să le menționeze), aspectul ombilicului, forma și simetria abdomenului. Din punct de vedere funcțional, se urmărește mișcarea cu respirația a peretelui abdominal, posibilitatea observării mișcărilor peristaltice (în afara unor persoane foarte slabe întotdeauna patologic), eventuale pulsații.

O particularitate a examinării abdominale este aceea că se recomandă efectuarea auscultației înaintea altor manevre (palpare/percuție), deoarece acestea pot stimula mișcările intestinale și astfel modifică datele percepute. De altfel, auscultația nu este o manevră obligatorie pentru evaluarea digestivă dar este utilă la persoanele cu tulburări de tranzit. Zona de elecție a auscultației intestinale este cadranul inferior drept dar se poate ausculta orice zonă. Auscultația trebuie însă întotdeauna făcută la persoanele cu patologie posibilă vasculară pentru evidențierea unor eventuale sufluri ca semne de obstrucție vasculară. Astfel la persoanele cu hipertensiune se va ausculta paramedian în epigastru pentru evidențierea unei stenoze de arteră renală. Pe linia mediană supraombilical se ausculta aorta și vasele mezenterice, în fosele iliace și triunghiul lui Scarpa vasele iliace și femorale.

Palparea și percuția abdominală sunt două metode care se complectează reciproc și deseori se practică interrelate. O condiție

esențială pe care o reamintim este că manevrele nu trebuie să fie neplăcute pentru pacient: mâinile examinatorului trebuie să fie calde, manevrele blânde (chiar și la palparea profundă). Prin aceste metode se cercetează tonusul peretelui (atenție la semnele de iritație peritoneală), se delimitează organele pline (ficat, splină), se evidențiază prezența ascitei sau a maselor (tumorilor) pline.

Nu descriem tehnica de palpare și percuție a fiecărui organ, dar reamintim că palparea este bine să se facă din zonele nedureroase spre cele dureroase, respectând direcția tranzitului intestinal.

Palpator se urmărește și evidențierea rinichilor (în mod normal nepalpabili) ptozați sau megalici. Se practică de rutină, metoda Guyon (bimanual cu bolnavul în decubit dorsal) și la nevoie cele ale lui Glenard (unimanual la persoane slabe – permite evaluarea mai corectă a dimensiunii renale) și Israel (bimanual cu pacientul în decubit contralateral la persoane obeze). Uneori se recomandă palparea rinichilor și cu bolnavul în ortostatism, ptoza indusă de poziție permițând o palpare mai eficientă.

Nu trebuie uitat palparea punctelor herniare, chiar în absența unei simptomatologii specifice.

Investigarea organelor genitale externe (atât la bărbat, cât și la femeie) fac parte din examenul obligatoriu, deși în practica curentă, din false motive de pudoare, nu se practică de rutină. Orice minim simptom raportat la aceste organe impune examinarea.

6 Examinarea membrelor şi mişcării

În general, examenul fizic se încheie cu examinarea membrelor. Interesează examinarea elementelor aparatului locomotor (oase, articulaţii, muşchi), a vaselor şi a existenţei unor tulburări neurologice.

Se apreciază prin inspecţie şi palpare aspectul tegumentelor, al ţesutului subcutanat (edeme), al articulaţiior şi al dezvoltării maselor musculare. Ulterior se cercetează mobilitatea articulară (mişcările pasive şi apoi active) şi prezenţa unor semne de suferinţă articulară. Pentru membrul superior, examinarea articulaţiilor scapulo-humerale se face mai bine în poziţie şezândă, după examenul feţei posterioare a trunchiului. Celelalte articulaţii şi segmente ale membrului superior se pot examina din orice poziţie (şezând sau decubit dorsal). Membrele inferioare se examinează cu bolnavul în decubit dorsal, după examinarea feţei anterioare a trunchiului. Examinarea ortopedică cuprinde şi mane-

vre speciale care nu fac parte din examenul de rutină.

După examinarea segmentelor sistemului locomotor se palpează arterele. Inițial se palpează arterele distale (radială, tibială posterioară și pedioasă). Prezența pulsului la acest nivel informează despre activitatea cardiacă și certifică o bună irigație periferică, făcând inutilă examinarea arterelor proximale în absența unei simptomatologii. Atragem însă atenția că atât artera radială, cât și mai ales pedioasa, sunt supuse la variații anatomice care fac ca absența pulsului să nu fie un semn categoric de irigație insuficientă. Se inspectează venele superficiale și numai dacă se prevede o intervenție chirurgicală se fac diversele probe de evidențiere a tipului de obstrucție venoasă și nivelului comunicantelor.

Din punct de vedere al examinării neurologice, se controlează reflexele osteotendinoase și cutanate plantare. Cercetarea sensibilității superficiale tactile și termice și a celei profunde sau urmărirea probelor de pareză sau alte examene (ex. coordonare) se efectuează numai în prezența unei simptomatologii sugestive.

După examinarea membrelor se recomandă ca bolnavul spitalizat (examinat în pat) să fie rugat să se ridice și să facă câțiva pași pentru a aprecia mișcarea, echilibrul, etc. La persoana prezentată la consult ambulator acestea se evaluează în momentul când bolnavul intră în cabinet. În prezența unei simptomatologii sugestive, se fac probe speciale (de exemplu, proba Romberg).

7 Redactarea foii de observație

Redactarea foii de observație reprezintă o compunere care reflectă, bazată pe datele obținute din anamneză și examenul fizic, maturitatea și puterea de sinteză a examinatorului. Deci ea îi aparține în întregime.

Realizarea unei foi de observație nu este sub nici o formă un inventar de date subiective (din anamneză) și obiective (din examenul fizic), ci reprezintă o ordonare, o sinteză coerenta a datelor obținute. Desigur, aceasta presupune discernământ, adică experiența clinică și este fără îndoială o problemă reală nu numai pentru începători. Există însă câteva principii a căror aplicare ușurează însă această sarcină.

■ Foaia de observație trebuie să respecte o ordine strictă, de preferință mereu aceeași.

Pentru examenul fizic de cele mai multe ori foile au o structură pretipărită, în care se completează datele la rubricile respective, în funcție de necesitățile serviciului respec-

tiv. Completați întotdeauna toate rubricile. Uneori însă, întotdeauna în fișele de ambulator, nu există asemenea rubrici preformate. În această situație trebuie respectată o ordine standard care cuprinde elementele patologice de examen general urmate de cele din examenul pe sisteme și aparate. Este util să se noteze și elementele negative utile în evaluare sau diagnostic (adică absența unor elemente patologice) ca și datele de normalitate fiziologică (alura ventriculară, tensiune arterială, respirații pe minut, diureză, tranzit).

Pentru anamneză se prezintă motivele internării, istoricul bolii și antecedentele. Următoarele observații sunt necesare – motivele internării trebuie să fie limitate la 1 – 3, cele care au determinat prezentarea la consultație și NU toate simptomele pacientului; istoricul se începe cu descrierea episodului actual și apoi cu expunerea istoriei trecute, iar această istorie trebuie organizată pe grupuri de suferințe, începând cu cea care considerați că a determinat episodul actual.

■ Toate datele care considerați că sunt diagnostic utile trebuiesc menționate. Aceasta înseamnă că, așa cum am spus, se pot cuprinde în foaia de observație și date negative (absența unui simptom sau semn), dar numai dacă sunt utile în diagnostic. Datele care nu sunt menționate în foaie, nu există în această direcție nu vă bazați pe memorie.

■ Nu folosiți repetiții inutile, formulări inutile sau pleonasme (de exemplu, în anamneză – „Bolnavul afirmă că...." deoarece este evident că anamneza se obține de la bolnav; menționați numai situația în care sursa informației este altă persoană sau „se aud raluri sibilante la auscultația pulmonară" – evident nu se pot auzi la altă manevră).

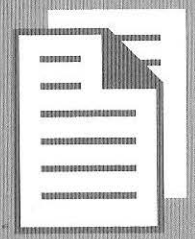
■ Folosiți repere clare (ex. centrimetri) și nu comparații (de regulă alimentare) care sunt inexacte („O formație cât o portocală mică sau prună mare sau....").

■ Nu folosiți prescurtări (eventual numai cele care sunt de uz comun).

Nu uitați niciodată că foaia de observație este un document după care sunteți judecați de colegi, dar că uneori poate deveni un document legal și inexactități, omisiuni sau date false, pot duce la consecințe uneori grave.

Partea II

Tehnica prezentării de caz clinic



1 Date generale

Prezentarea de caz clinic nu este numai un exercițiu sau o componentă a unor examene din facultate, ci ea reprezintă una dintre probele multor concursuri, atât în promovarea medicală (specialitate, primariat), cât și în cea didactică (preparator, asistent) și uneori și în cercetarea clinică. Ea face parte și din metodologia altor examene, inclusiv a celui de șef de secție. Ca atare însușirea unei bune tehnici a prezentării de caz ar trebui să fie mai mult decât o obligație sau un exercițiu didactic.

Scopul acestei probe, introduse în evaluarea medicală de la începuturile ei, este de a verifica comportamentul medicului în viața practică, în fața unui „caz" adică al unui bolnav real. Se înțelege prin comportament în această situație modul în care candidatul reușește să se orienteze în fața bolnavului atât pentru a-l diagnostica, cât și pentru a-l trata. Astfel pot fi evaluate cunoștințele teoretice

în aplicarea lor practică, dar mai ales modul de gândire, „logica medicală". Din punct de vedere al activității medicale un profesionist cu o pregătire teoretică perfectă, dar fără capacitatea de a-și aplica cunoștințele în practică este probabil mai periculos decât un practician bun , dar mai puțin „cult". Desigur primul poate ține conferințe mai interesante fără să fie însă obligatoriu și un bun didact, dacă își sufocă studenții cu noțiuni sau un bun cercetător, dacă nu are imaginație. Ceea ce interesează însă la această probă este capacitatea de medic practician, adică aceea de a aplica asupra unui bolnav real un volum de cunoștiințe teoretice. În acest fel prezentarea de caz, tehnica ei, înseamnă și însușirea unui mod de gândire medical, element care depășește cu mult în importanță simpla promovare a unui examen.

Participarea la multe examene și concursuri demonstrează însă că s-a pierdut mult din tehnica prezentării. Mulți candidați se prezintă la examene și concursuri fără să fi făcut nici un exercițiu prealabil și se miră (tardiv!!) de dificultatea probei. Din păcate însă am întâlnit și examinatori inchistați în formule de prezentare rigide, ceea ce dovedește din păcate nu rigurozitate ci necunoaștere a problematicii prezentării. Diferite scheme rigide, unele publicate, impun o prezentare standard care nu are nici o legătură cu logica clinică medicală. Prezentarea de caz însă urmărește tocmai demonstrarea existenței la candidat a unor cunoștiințe temenice și a unei logici, a unei maturități de prezentare.

Particularitatea principală a prezentării de caz este constrângerea în timp: ea se compune din trei componente de durată egală – 20 minute:

- examinarea unui bolnav
- gândire
- prezentare în fața comisiei.

Această constrângere se datorează desigur unei rigori a examinării care impune comisiei să urmărească un număr de candidați în condiții egale și într-un interval de timp limitat. Astfel în timp ce unul expune, un altul se gândește și al treilea examinează, toți candidații trec astfel prin aceleași perioade de timp și pot fi examinați succesiv. Din cele trei componente, fără îndoială cea mai dificilă este cea de a doua – gândirea – deoarece ea presupune structurarea prezentării care

urmează. Deseori unii candidați încearcă să scrie ceea ce vor prezenta. Această dorință este însă imposibilă deoarece nimeni nu poate să scrie în ritmul în care vorbește și tentativa este urmată de o prezentare scurtă și fatal incompletă. Vom prezenta, de aceea ultima această perioadă, după ce analizăm modul de examinare într-un timp limitat a bolnavului și organizarea generală a unei prezentări.

O observație este necesară, prezentarea de caz presupune expunerea și integrarea unor cunoștiințe în contextul unui caz clinic. Aceasta înseamnă că cel ce expune trebuie să își etaleze cunoștiințele, dar să le și pună în legătura cu cazul pe care îl prezintă. Această reală dificultate permite însă celui examinat să insiste asupra aspectelor pe care le cunoaște și să evite eventuale aspecte în care este mai puțin sigur.

În același sens, în fața unei comisii competente și corecte, problema prezentării nu este corectitudinea diagnosticului (de altfel acesta se „află" de la bolnav sau diverse alte persoane „binevoitoare"), ci modul în care acesta este susținut, modul în care se discută problemele diagnostice și terapeutice

ale „cazului". Susținerea bine argumentată și frumos discutată a unui diagnostic, chiar dacă acesta diferă de cel al comisiei, permite o apreciere foarte bună.

Evaluarea în cazul prezentării de caz se face desigur raportat la un standard absolut mental al examinatorilor, dar se face comparativ cu un alt candidat, de regulă doi, uneori trei, candidați examinând și prezentând același bolnav. Aceasta sporește dificultatea probei pentru că o omisiune pe care contracandidatul nu o face este mai ușor sesizată de comisie, calitatea logicii, bună sau slabă, iese mai mult în evidență.

Ca o concluzie la aceste considerente generale, trebuie să spunem că prezentarea de caz necesită o tehnică specială în toate cele trei domenii – examinare, gândire și prezentare. În cele ce urmează vom încerca să prezentăm această tehnică, însă trebuie să subliniem că prezentarea teoretică trebuie urmată de exerciții practice care să permită o însușire organică a ei. Orice poate folosi ca exercițiu de prezentare, dar este recomandabil să se facă câteva (minimum 10) prezentări cu o persoană avizată și în condiții de concurs (adică cu respectarea strictă a condițiilor de timp).

2 Tehnica examinării în cadrul prezentării de caz

În cadrul perioadei de 20 minute alocate examinării, candidatul trebuie să efectueze anamneza, examenul fizic şi să solicite datele paraclinice ale pacientului pe care urmează să îl prezinte. Aceasta presupune o foarte strictă organizare a timpului. Anamneza şi examenul fizic trebuiesc efectuate în 13–16 minute, urmând ca în ultimele 4–7 minute să se solicite investigaţiile paraclinice. Evident împărţirea timpului trebuie realizată pe parcursul prezentării în funcţie de particularităţile cazului respectiv: un pacient internat de curând, cu o boală acută, va avea probabil o investigaţie paraclinică mai sumară, un diagnostic clinic evident presupune probleme de etiologie sau interrelaţii morbide care necesită o investigaţie ţintită, etc. Nu trebuie uitat că unele investigaţii (radiologice, electrocardiograma) pot fi date ca documente (filme sau trasee) care se interpretează în timpul perioadei de gândire.

Timpul dedicat anamnezei şi examenului fizic se divide între o treime şi jumătate anamneză şi restul, examenul fizic. Anamneza poate fi continuată şi în unele momente ale examenului fizic.

În orice caz, anamneza trebuie foarte corect condusă pentru a se putea respecta o înscriere în 5–7 minute. Corect este ca cel ce examinează pacientul să se prezinte şi să precizeze motivul examinării, dacă acest lucru nu a fost făcut de membrii comisiei (secretarul sau membrul comisiei care asistă la examen). După aflarea motivelor internării este recomandabil ca anamneza să fie condusă de candidat, respectiv să se limiteze „povestirea" de către pacient, ci acesta să răspundă la întrebări ţintite în funcţie de motivele internării. Aceasta nu înseamnă că pacientul nu trebuie lăsat să povestească, dar „povestea" trebuie limitată, uneori întreruptă, cu întrebări clare. Aceste întrebări trebuie să fie cu răspuns deschis, adică să solicite descrieri şi precizări din partea pacientului, descrieri sau precizări care să permită construirea unei anamneze coerente. Ca în orice anamneză, întrebări cu răspuns închis, de tip „da" sau „nu", sunt puţin folositoare. Evident întâi se obţine istoricul suferinţei care

a determinat internarea (pacientul examinat la un concurs sau examen este de regulă internat) şi apoi antecedentele personale şi familiare şi alte date, cum ar fi diverse „vicii" – fumat, consum de alcool –, condiţii de muncă şi viaţă, etc. Anamneza poate fi continuată şi în timpul efectuării unor elemente ale examenului fizic – inspecţie şi palpare. Descoperirea unor elemente patologice la examenul fizic poate fi urmată de solicitarea unor informaţii anamnestice de la bolnav. Aceasta NU reprezintă o eroare şi nu trebuie să influenţeze aprecierea comisiei.

Examenul fizic se efectuează după schema clasică, pe segmente începând cu extremitatea cefalică, examinarea feţei dorsale a trunchiului (torace posterior, lateral şi lombe), a feţei anterioare (torace şi abdomen) şi a membrelor.

Credem utile următoarele precizări. La examenul capului nu uitaţi examinarea cavităţii bucale şi a faringelui, ca şi examenul neurologic al ochilor (reflexe fotomotoare şi de adaptare la distanţă, motilitatea globilor oculari). Examenul gâtului comportă examenul ganglionilor (inclusiv supraclaviculari) şi al glandei tiroide.

Examenul toracelui posterior și a regiunii lombare comportă și urmărirea sensibilității punctelor paravertebrale. La examenul pulmonar examinarea vibrațiilor vocale nu este un element obligator, în absența unei simptomatologii respiratorii sau a unor alte modificări de examen pulmonar.

Examenul cardiac nu trebuie să omită palparea, iar la examenul membrelor nu trebuie uitate reflexele osteo-tendinoase și palparea arterelor.

Clasic, examinarea ar trebui încheiată cu ridicarea bolnavului și urmărirea stațiunii și mersului. Aceste manevre devin obligatorii în prezența unei simptomatologii neurologice sau a unor semne obiective care ar sugera un deficit în această direcție.

Ultimele minute ale examinării sunt dedicate cererii investigațiilor paraclinice. Deoarece numărul și importanța acestora nu pot fi corect apreciate, se impune pe de o parte o sistematizare a lor, care să nu permită omisiuni și, pe de altă parte dedicarea a suficient timp acestei etape. Există investigații a căror solicitare este obligatorie. Acestea pot fi sistematizate astfel:

- elemente de examen general: curba febrilă, curba pulsului, variația tensiunii arteriale
- date fiziologice generale: înălțime și greutate (pentru calcularea indicelui de masă corporală), diureza, scaun
- invesigații uzuale: hemograma completă, VSH, glicemie, uree, creatinină, aminotransferaze (transaminaze), colesterol total și fracțiuni, trigliceride serice, ionogramă, sumar de urină
- radioscopie pulmonară, electrocardiograma.

La acestea se adaugă în funcție de patologia identificată la anamneză și examenul fizic orice alte investigații specifice.

Astfel, la cardiaci se cere ecografia cardiacă, angiografie, CT spiral, troponine, creatinchinaza și fracțiunile sale, etc. La orice pulmonar, saturația în oxigen a sângelui, spirometrie și teste de reactivitate bronșică, eventual bronhoscopie, CT pulmonar, etc. Într-un text teoretic nu pot fi sistematizate mai mult aceste investigații pentru fiecare aparat și boala sunt investigații cunoscute, care trebuie solicitate. Unele dintre acestea nu se efectuează curent și pot lipsi din tabloul paraclinic al bolnavului, aceasta nu

înseamnă că nu trebuiesc cerute, deoarece absența lor permite comentarii care să pună în evidență cunoștiințele prezentatorului („Mi-ar fi fost utilă..." sau „Analiza X mi-ar permite să modulez tratamentul...").

La începutul solicitării investigațiilor paraclinice se recomandă specificarea: „Vă rog, dacă s-au repetat unele investigații, să îmi fie date în evoluție." În caz contrar, rămâne la latitudinea celui care prezintă rezultatele analizelor efectuate, ce rezultat dorește să dea fiecărui candidat.

Un ultim comentariu se referă la posibilitatea revenirii asupra unor manevre în cursul examinării. Dacă din datele examenului fizic sau ale investigației paraclinice apar elemente care necesită precizări anamnestice sau dacă același lucru se întâmplă pentru examenul fizic, după aflarea unor date paraclinice revenirea asupra acestor etape este permisă și nu influențează evaluarea candidatului. Acesta se poate întoarce direct la pacient sau poate cere permisiunea membrului comisiei care asistă la probă de a reexamina pacientul sau de a-i pune încă niște întrebări, dar numai în limita celor 20 minute dedicate examinării.

3
Prezentarea cazului clinic

Prezentarea cazului clinic presupune respectarea unor elemente, unor capitole, dar în principiu nu trebuie să existe o rigiditate a prezentării. Fiind „simularea" unei situații reale, examinarea și interpretarea unui pacient real, prezentarea va avea toată varietatea realității. Dar aceasta în limitele unor capitole impuse. Desigur, extensia diferitelor capitole variază din multe motive, în primul rând datorită diferențelor între diverse „cazuri", problemelor diferite care trebuie discutate. Între altele însă, extinderea unor părți ale prezentării depinde și de specialitatea candidatului: o prezentare chirurgicală va acorda mai mult timp indicației operatorii, procedurilor, eventualelor complicații, urmăririi postoperatorii, o prezentare la specialtatea diabet și nutriție recomandărilor de regim alimentar etc. De asemeni, în aceeași specialitate și la aceeași prezentare fiecare candidat poate insista pe ceea ce i se

pare mai important (sau pe zona în care este mai sigur pe sine!!).

Principiul de pornire al oricărei prezentări rămâne însă același: candidatul trebuie să își dovedească cunoștințele în judecarea unui caz practic, deci legat de această, cu alte cuvinte trebuie să demonstreze că are cunoștințe teoretice pe care știe să le aplice în condiții practice imediate. Aceasta presupune să demonstreze maturitate în gândire, logică, pericolul cel mai mare pentru un candidat bun fiind acela al unei prezentări școlărești, dogmatice. O asemenea prezentare este etichetată mediocră, eventual „curată", și notată ca atare.

Începem, înainte de a parcurge etapele pe care le recomandăm pentru o prezentare, prin a atrage atenția asupra a două elemente:

- respectarea timpului, adică a celor 20 de minute, este obligatorie: o prezentare prea scurtă (sub 18 minute) este penalizată, iar una prea lungă poate fi întreruptă și argumentul „Vroiam să spun și asta, dar m-ați întrerupt" nu are nici o valoare și deci atrage penalizare;

- nu punerea unui diagnostic corect este esențial în prezentare (de altfel acesta se află deseori de la pacient, secretarul comisiei sau alte persoane „binevoitoare"), ci susținerea diagnosticului, interpretarea problematicii cazului.

Etapele principale ale prezentării, capitolele sale, pe care le vom parcurge ulterior, sunt:

1. prezentarea observației clinice
2. supoziția diagnostică clinică – problematică
3. diagnosticul diferențial folosind investigația paraclinică
4. diagnosticul pozitiv final, complet
5. probleme speciale cu utilizarea investigației
6. evoluție, complicații, prognostic
7. tratament
8. recomandări la externare, încadrare în activitate
9. particularități ale cazului.

Se poate cu ușurință observa că prezentarea cazului urmărește logica actului medical, adică după ce examinăm un bolnav apar niște probleme diagnostice pe care le

rezolvăm (în măsura posibilului) prin investigații paraclinice, ajungem la o concluzie în funcție de care judecăm riscurile și problemele bolnavului și îi alegem un tratament în consecință.

Investigația paraclinică este utilizată, similar cu modul în care se întâmplă în practică, în diferite etape; cea diagnostică, cea de evaluare a diferitelor probleme și cea terapeutică.

Prezentarea observației clinice

Cuprinde motivele internării, istoricul bolii, antecedentele și examenul fizic. Timpul dedicat acestei etape este variabil în funcție de complexitatea cazului. Un caz simplu (acest exercițiu este dintre cele mai dificile) va avea o prezentare clinică amplă, în timp ce un caz deosebit de complex cu asocieri morbide și probleme de terapeutică va fi prezentat expunând numai elementele clinice esențiale necesare diagnosticului. Pornind de la aceste considerații, prezentarea observației clinice poate avea o durată variabilă între 4 și

8 minute. Câteva elemente sunt însă importante. Motivul (motivele) prezentării la spital (consult) și nu eventualele simptome din momentul examinării, vor fi clar subliniate și nu vor fi mai mult de 3 sau 4. Istoricul cuprinde episodul actual, cel care a precedat internarea (prezentarea la medic), istoricul trecut – până la episodul actual – și la sfârșit, nu obligatoriu, evoluția în timpul spitalizării. Antecedentele urmează istoricului, cu excepția eventualilor factori de risc care pot reprezenta începutul istoriei bolii cronice.

Examenul obiectiv este elementul a cărei extindere poate fi variată în funcție de complexitatea cazului. În fața unui caz „simplu" se va prezenta amănunțit examen fizic, dovada unei rigurozități exemplare. În fața unui caz complex, din examenul fizic se vor prezenta numai datele obiective necesare diagnosticului, eventual cu specificarea „voi prezenta numai elementele patologice din examenul fizic". Elementele negative utile în diagnosticul ulterior pot fi prezentate în cadrul examenului fizic și/sau pot fi folosite ulterior în discuție (de exemplu: „absența splenomegaliei, a unor manifestări specifice

cutanate, a unor sufluri cardiace îndepărtează supoziția de endocardită").

Supoziția diagnostică clinică

Încheie prezentarea examinării clinice și reprezintă punctul de plecare al discuției ulterioare. Ea poate fi un diagnostic clinic clar (de exemplu, ciroza hepatică sau insuficiența cardiacă) sau un diagnostic de sindrom (sindrom lichidian pleural). Deseori la același bolnav se întâlnesc simptome din domenii diferite de patologie și acest fapt se menționează în acest moment (ex.: „Ne aflăm în fața unui pacient cu insuficiență cardiacă cunoscută, sub tratament, care dezvoltă o simptomatologie digestivă" sau „În concluzie, bolnavul reunește simptomele unei suferințe cardiace și a uneia digestive, cea care a determinat internarea fiind simptomatologia cardiacă.").

Greșeala obișnuită care se face în preajma acestui moment al prezentării, indiferent dacă se formulează un „diagnostic clinic de lucru" sau nu, este începerea înșiruirii (gen

inventar) a investigațiilor paraclinice. Această înșiruire este nelogică și plictisitoare, nu face decât să îndepărteze atenția membrilor comisiei și nu servește nici unui comentariu logic. În măsura în care candidatul ar fi capabil de o discuție logică aceasta presupune fie reluarea datelor prezentate, fie referirea la date prezentate și care au fost „uitate". Ambele demersuri sunt greoaie, redundante și dificil (dacă nu, imposibil) de prezentat atractiv.

Formularea în schimb a unui diagnostic clinic permite ulterior stabilirea problematicii discuției. Această problematică trebuie să fie foarte clar formulată. Ea depinde de diagnosticul clinic. Putem numai oferi câteva scheme și exemplele corespunzătoare.

■ În situația unui diagnostic clinic de sindrom, problema imediată este stabilirea etiologiei, urmând ca odată această problemă rezolvată să se continue discutarea. De exemplu: „Ne aflăm în fața unui bolnav cu un sindrom lichidian pleural dezvoltat progresiv. Acest diagnostic se bazează pe dezvoltarea treptată a dispneei cu tuse iritativă în ultimele săptămâni și evidențierea la examenul fizic a unei matități tipice bazal drept

cu abolire a vibrațiilor vocale și murmurului vezicular. Prima problemă pe care ne-o punem este diagnosticul etiologiei acestui revărsat lichidian...".

- În situația unui diagnostic clinic cunoscut sau evident, problemele sunt cele ale cauzei agravării bolii, care a adus bolnavul în spital sau cea a stadiului evolutiv sau cea a etiologiei și posibilelor complicații.

De exemplu: „Ne aflăm în fața unui bolnav cu insuficiență cardiacă (sau ciroză hepatică) cunoscută de X ani. Problema care se pune este cea a cauzei (sau a motivului agravării simptomatice care a adus bolnavul în spital)."

- În fața unui bolnav cu simptomatologie aparținând mai multor afecțiuni sau cu o boală cunoscută și simptomatologie actuală cu totul diferită, trebuie întâi rezolvat diagnosticul simptomatologiei actuale și apoi clarificată relația cu boala cunoscută.

De exemplu: „Ne aflăm în fața unui bolnav cu ciroză hepatică etanolică cunoscută care se internează pentru febră, junghi pleural drept și tuse cu sputa purulentă. Considerăm că trebuie să precizăm natura și cauza infecției bronhopulmonare și apoi să

urmărim modul în care poate influența și fi influențată de suferința hepatică...".

Aceste formulări permit trecerea la etapa următoare care este cea a stabilirii diagnosticului final făcând diagnosticul diferențial prin utilizarea investigației paraclinice.

Diagnosticul diferențial

Rezolvă problemele puse anterior, precede și conduce la diagnosticul pozitiv, final, complet. Greșeala obișnuită este de a formula întâi diagnosticul pozitiv, eventual înșirând elementele clinice și paraclinice care îl susțin și apoi a face diagnosticul diferențial. Acesta din urmă devine astfel un exercițiu livresc, anost. Un exemplu ar fi: „În fața acestui bolnav cu sindrom dispeptic dureros epigastric și scădere ponderală, am solicitat o gastroscopie care a evidențiat un cancer antral. Fac diagnosticul diferențial cu alte cauze de dureri epigastrice cum ar fi...".

Faptul că am formulat o problemă clinică ne conduce spre rezolvarea ei folosind investigațiile paraclinice. Soluția reală trebuie

în principiu lăsată ultima pentru a putea îndepărta alte ipoteze care sunt contrazise de investigațiile efectuate și stabilind la sfârșit investigația sau investigațiile care certifică diagnosticul definitiv. În situația de mai sus, după ce se începe făcând diagnosticul diferențial al durerii epigastrice cu toate posibilitățile, chiar cele neverosimile, infirmate de observația clinică și/sau diversele investigații efectuate, se conchide: „Simptomatologia sugera o posibilă proliferare gastrică la care ne-am gândit de la început și într-adevăr gastroscopia evidențiază un cancer antral." În acest fel candidatul a dovedit pe de o parte cunoașterea cauzelor unui sindrom dureros epigastric și pe de altă parte a ajuns „logic" la diagnosticul final corect.

Desigur, spectrul posibilităților ce pot fi discutate în diferite situații este foarte mare și nu poate fi ilustrat integral. Unele situații sunt însă tipice:

- absența unei investigații permite o largă etalare de cunoștiințe urmate de o „dovadă" de maturitate: „Aș indica să se facă și analiza X. Un rezultat negativ ar infirma cu certitudine posibilitatea Y, iar un rezultat pozitiv ar confirma existența bolii Z. Din punct de

vedere clinic și al analizelor existente, pornind de la prevalența mai mare a acestei posibilități, în absența investigării consider că bolnavul are boala Z". În nici un caz absența unei investigații nu trebuie prezentată ca un reproș sau o critică (ținând seama că în comisie se află și șeful serviciului în care se dă examenul!), ci ca deschidere a unor posibilități;
- complexitatea unui sau mai multor diagnostice poate necesita realizarea mai multor discuții succesive care să permită o formulare completă (vezi mai jos).

Diagnosticul pozitiv final

Este rezultatul discuției precedente. Acest diagnostic are următoarele componente:

- diagnosticul anatomic (de exemplu: ciroza hepatică)
- diagnosticul etiologic (postvirală cu virus B)
- diagnosticul funcțional (cu insuficiență hepatică)
- diagnosticul evolutivității (activității)

- diagnosticul complicațiilor (cu varice esofagiene)
- diagnosticul afecțiunilor coexistente.

Acesta din urmă are și el toate componentele primului (oricărui) diagnostic.

Diagnosticul diferențial trebuie să răspundă tuturor componentelor diagnosticului pozitiv final complet, ceea ce exprimă posibilitățile de discuție pe care le pemite prezentarea de caz.

Diagnosticul pozitiv trebuie scris pe o foaie aparte care se semnează și se predă comisiei, dar ceea ce contează este modul în care acesta este susținut, respectiv realizarea diagnosticului diferențial și argumentarea finală a celui pozitiv.

Probleme speciale cu utilizarea investigației

La unele cazuri, după stabilirea diagnosticului final se pot ivi probleme speciale. Acestea pot fi etiologice, de evoluție sau de relație între diferite boli. De exemplu, la un bolnav cu ciroză hepatică și insuficiență cardiacă trebuie discutate: relația etiologică – ciroza

cardiacă, hemocromatoza, alcoolul, relația de agravare reciprocă, boala dominantă.

Nu putem imagina toate posibilitățile, dar deseori investigații cu rezultat neașteptat sau investigații absente care ar fi putut fi utile, pot fi discutate în acest moment.

Evoluție, complicații, prognostic

Întreaga discutare a cazului se încheie cu considerente privind evoluția probabilă și posibilele complicații din care decurge prognosticul. Desigur, acest moment riscă să cadă în livresc și nu trebuie prelungit excesiv. Uneori în acest moment este posibil și util un plan de investigație ulterioară ce nu a fost (încă) realizat sau de investigație posibilă.

Tratamentul

Reprezintă un moment esențial al prezentării. Câteva elemente generale trebuiesc

reținute. Practic orice boală astăzi cuprinde în planul terapeutic tratament nefarmacologic (schimbarea modului de viață – regim alimentar, exercițiu fizic, etc.), tratament medicamentos și tratament intervențional nechirurgical și chirurgical. Raportul între diversele modalități de tratament depinde de specialitatea la care se referă prezentarea – o prezentare de chirurgie va insista pe indicații, tehnica optimă în condiția dată, complicații intra și postoperatorii posibile și în acest caz, această parte a prezentării poate ocupa o jumătate sau o treime din timpul total. În general, însă, partea terapeutică ocupă ultimele 5–6 minute. Orice indicație terapeutică trebuie bazată pe dovezi și astăzi, în măsura în care sunt cunoscute, se poate face apel la marile studii randomizate sau la ghiduri pentru a susține o indicație terapeutică. Aceasta dovedește cunoașterea lor de către candidat. Indicațiile terapeutice se referă la toate bolile identificate la pacient, desigur începând cu cea mai importantă, cea care a determinat internarea sau consultul actual, dar fără a neglija și afecțiunile minore sau precizând că terapia lor se va aplica după rezolvarea problemei principale. Uneori și în terapie se pot cita investigații, exemplul clasic fiind probele de coagulare în cazul indicării unui tratament anticoagulant sau ionograma în tratamentul diuretic. Prescripțiile medicamentoase nu se fac în unități farmaceutice (tablete, fiole, etc.), ci în miligrame, grame. De asemeni, se recomandă folosirea denumirii chimice și nu numele de produs (deci Metoprolol, nu Bloxan sau Betaloc).

Recomandări la externare, încadrare în activitate

Prezentarea terapeutică se încheie cu recomandări la externare sau pe termen lung, precizând și o durată aproximativă a tratamentului, modul sau de urmărire sau ajustare. Cu această ocazie se specifică și eventuale indicații de mod de viață în continuare (regim alimentar, efort fizic) inclusiv concediu medical, pensionare sau schimbări profesionale.

Particularități ale cazului

În multe situații, mulți examinatori apreciază ca ultim punct specificarea unor particularități ale cazului. Acest ultim punct are o doză de artificial, autorul acestor rânduri nu îl consideră obligator și nici chiar necesar, dar el a intrat în practica curentă. Particularitatea poate fi o asociere de boli, un moment evolutiv, o posibilitate terapeutică, etc.

În afara conținutului prezentării și modul formal de a o face este deosebit de important. Nu insistăm asupra aspectului candidatului - acesta denotă respectul față de comisie, față de examen și față de el însuși. Există însă unele recomandări ale modului de prezentare care sunt importante:

- vorbirea trebuie să fie convingătoare, clară, nu murmurată, dând senzația de nesiguranță, neștiință. Nu trebuie să uitați că membrii comisiei au mai ascultat și alți candidați, deseori prezentând același caz, că sunt după o zi de lucru, deci trebuie să le captați atenția. Aceasta depinde și de modul în care vorbiți: clar, tare, subliniind prin ton elementele importante.

- uitați-vă din când în când (cât mai des) la membrii comisiei pentru a le capta atenția și a dovedi siguranță. Candidatul care vorbește numai privind hârtiile („cu nasul în ele") face o impresie mai puțin bună.
- în fața comisiei o impresie neplăcută poate fi produsă de răsfoitul și rearanjatul hârtiilor cu notițe. Unii candidați își caută firul director în ele și permanenta mișcare a hârtiior, întorsul lor pe o parte și pe alta sugerează dezordine, dezorientare și în final neștiință.
- nu gesticulați inutil și mai ales nu arătați pe Dumneavoastră diferite puncte dureroase sau manevre. Efectul poate fi ridicol.
- nu explicați elemente elementare - probabil că membrii comisiei le cunosc la fel de bine ca Dumneavoastră.

În concluzie, prezentarea de caz trebuie să urmeze logica atitudinii adoptată în fața oricărui pacient: examinare - evaluare - atitudine. Prezentarea nu este ceva artificial, forțat, ci un demers logic în care trebuie puse în valoare noțiunile pe care candidatul le posedă în egală măsură cu puterea lui de analiză și sinteză.

Poziția în care vă situați într-o prezentare de caz, va corespunde cu modul în care vă

va aprecia comisia: prezentați ca un student sau ca un medic matur, care are experiență și discută aspectele real importante.

4 Gândirea în prezentarea de caz

Am lăsat ultimul acest interval al prezentării nu numai deoarece este cel mai dificil, ci și pentru că explicarea lui necesită o prealabilă înțelegere a etapelor expunerii. Dificultatea principală rezidă în faptul că orice prezentator este tentat inițal să pună pe hârtie ceea ce urmează să expună, ori este imposibil ca în 20 minute să scrii ceea ce urmează să expui în același interval de timp. La aceasta se adaugă faptul că unele investigații sunt date candidatului sub formă de înregistrări sau filme pe care trebuie să le interpreteze tot în timpul de gândire.

Prima economie de timp provine din organizarea de la început a anamnezei și examenului fizic în forma în care vor fi prezentate. Aceasta presupune notarea sistematică a datelor de anamneză și examen fizic încă din timpul efectuării acestora. Concluzia clinică ne apare în minte încă din timpul examinării, iar investigațiile paraclinice au

fost cerute în jurul acestei supoziții. Astfel ,după examenele paraclinice obligatorii sunt notate cele specifice supoziției diagnostice clinice, care vor fi astfel mai ușor de organizat ulterior. În acest fel, timpul de gândire se utilizează inițial pentru a evalua investigațiile oferite ca rezultate, cele oferite ca trasee și imagini, și pentru a construi diagnosticul diferențial, problemele asociative și pe cele terapeutice ale cazului. Din această analiză, candidatul a ajuns la un diagnostic pozitiv și trebuie să utilizeze timpul de gândire pentru a organiza logic diagnosticul diferențial de la posibilitățile cele mai puțin probabile către cele plauzibile inserând în această schemă, investigațiile paraclinice. Odată diagnosticul diferențial notat și cel pozitiv scris, atât pe notițele proprii cât și pe documentul semnat care se înmânează comisiei, trebuie identificate orice alte elemente ce ar trebui discutate – asocieri de boli, elemente fiziopatologice de interferență, etc. După aceasta se notează planul terapeutic începând de la recomandările de modificare a stilului de viață și sfârșind la cele mai puțin posibile practic, cum ar fi unele recomandări chirurgicale (de exemplu, transplantul de cord într-o

insuficiență cardiacă gravă sau implantarea unui defibrilator).

Notele realizate în perioada de gândire apar astfel ca o schemă din care prima parte – datele de anamneză și examen clinic – a fost scrisă înainte de a intra la gândire, investigațiile paraclinice sunt eventual sistematizate ulterior, după care se notează planul expunerii - bolile cu care se face diagnosticul diferențial, diagnosticul final, problemele cazului, evoluția, prognosticul și complicațiile, tratamentul nefarmacologic, cel farmacologic și cel chirurgical, recomandările de tratament cronic și concluziile eventuale (particularitatea cazului). Se realizează astfel un document care poate fi predat comisiei (uneori se solicită acest lucru), care oglindește ceea ce va fi prezentat și înainte de toate, care este ușor de mânuit și permite o prezentare liberă coerentă. Sper că s-a înțeles că nu trebuie notate toate vorbele ce se vor spune, ci planul expunerii, elementele importante, reperele, în jurul cărora prezentarea decurge liber.

În caz că vi se pare că nu știți sau nu sunteți siguri pe anumite elemente, încercați

să faceți planul expunerii astfel ca ele să nu apară în evidență.

Ca o concluzie foarte generală, utilizați timpul de gândire pentru gândire, nu pentru scris (sau eventual lamentări interioare și frică).

5 Concluzii

Am încercat o scurtă prezentare a modului de realizare a prezentării de caz clinic că probă de examen sau concurs încercând să oferim pentru fiecare etapă unele sfaturi rezultate din experiență, atât cea de candidat (e drept mai veche, dar poate cu „maeștri" mai exigenți), cât și cea de membru în comisii de examinare la diverse grade de dificultate. Dacă încercăm un rezumat, orice prezentare trebuie să aibe un „fir roșu" al gândirii. Aceasta înseamnă că orice prezentare trebuie să demonstreze logica în gândire a candidatului, maturitatea sa, capacitatea de a surprinde aspectele importante ale unei situații clinice.

Greșeala majoră este încercarea de a „fabrica" prezentarea și sfatul cel mai simplu este să prezentați așa cum gândiți când vă aflați în fața unui bolnav, nu să realizați o construcție forțată, artificială.

Ultimul sfat este să exersaţi cât mai multe prezentări de cazuri şi cât mai variate pentru a deprinde problemele cât mai multor tipuri de patologie.

6
Schema prezentării de caz

În cele ce urmează vom prezenta o schemă generală a prezentării de caz. Ca orice schemă, trebuie adaptată situaţiei discutate, unele elemente fiind amplificate şi altele limitate. Aceasta depinde atât de particularităţile cazului ce urmează a fi prezentat, cât şi de cunoştiinţele prezentatorului.

I. Introducere – Date generale

Am examinat bolnavul XY în vârstă de....., de profesie...., internat în serviciu în urmă cu .... zile pentru:

II. Motivele internării:

NU mai mult de 2- 3 motive

III. Istoricul afecţiunii

Se prezintă întâi istoricul episodului actual (dacă este o boală acută numai aceasta) şi apoi istoricul întregii suferinţe cronice. Istoricul episodului actual este istoricul motivelor internării. Se poate începe şi cu istoricul

bolii cronice („bolnavul este un hipertensiv cunoscut de ...ani, cu valori maxime până la ...., sub tratament cronic cu...., respectat inconstant care de...zile observă apariția de ...").

IV. Antecedentele

Se prezintă succesiv:

- antecedentele personale patologice
- antecedentele personale fiziologice
- antecedentele heredo-colaterale
- stil și condiții de viață și muncă (sedentar, fumător, alcool, etc.).

V. Examenul fizic

Se prezintă întreg examenul pe aparate și sisteme sau numai datele patologice („Voi prezenta numai elementele patologice din examenul clinic"). Este bine să se prezinte și elementele „normale" care vor servi în diagnosticul diferențial.

Nu uitați curba termică, greutatea (indicele de masă corporală sau circumferința taliei dacă este posibil), frecvența cardiacă, tensiunea arterială, diureza și scaunul. Aceste date trebuie cerute celui care oferă și analizele. Se pot cere și date privind examenul fizic la internare. În prezentare se precizează

că sunt date oferite de comisie, nu găsite de candidat.

VI. Concluzia clinică

„Din cele prezentate rezultă că mă aflu în fața unui bolnav cu:

- o (posibilă) suferință cardiacă...
- un sindrom...
- o asociere de suferințe cardiace și digestive...
- etc.".

Concluzia clinică poate fi o boală sau o asociere de boli, un sindrom sau chiar un simptom sau semn în caz că acesta este unica modificare patologică. Prezentarea de caz fiind un element al unui examen (concurs) de medic specialist sau primar NU se face diagnosticul diferențial al fiecărui semn sau simptom decât atunci când acestea sunt singurele elemente patologice.

VII. Discutarea diagnosticului diferențial

Discutare diagnosticului diferențial al concluziei clinice, presupune utilizarea în acest scop a investigației paraclinice. În concluzie, datele de laborator NU se enumeră mecanic ci se prezintă succesiv în măsura în care au folosit diferențierii suferinței bolnavului și

precizării diagnosticului („Pentru a determina etiologia am solicitat....").

Diagnosticul pozitiv final cuprinde:

- diagnosticul anatomic (ex. ciroză hepatică)
- diagnosticul etiologic (ex. posthepatitică cu virus C)
- diagnosticul funcțional și/sau evolutiv (ex. cu insuficiență hepatică Child-Pugh...)
- diagnosticul motivului episodului acut care a determinat prezentarea actuală
- diagnosticul complicațiilor (ex. varice esofagiene)
- diagnosticul altor boli cu toate punctele menționate.

Desigur, un bolnav poate avea mai multe suferințe și se face discutarea fiecăreia dintre ele încercând acoperire, în măsura în care este logic, a tuturor punctelor diagnostice prezentate. Apoi se face corelarea între diferitele afecțiuni.

Pentru unele afecțiuni, diagnosticul este evident clinic. În acest caz se spune: „Bolnavul are insuficiență cardiacă cunoscută de... ani, apărută în urma unui infarct miocardic, sub tratament cu...." și se discută cauza decompansării actuale, etc.

Dacă unele investigații utile lipsesc se precizează – „Dacă aș avea rezultatul RMN aș putea preciza...".

Unele diagnostice foarte improbabile pot fi excluse prin formulări de genul: „Nici nu discut posibilitatea...".

VIII. Diagnosticul pozitiv

Diagnosticul pozitiv este cel care este înmânat comisiei pe hârtie semnată. El trebuie să fie cât mai complet, conform elementelor enumerate mai sus.

Ceea ce contează în prezentare este modul în care el este susținut.

IX. Probleme speciale

Acest capitol apare numai în unele situații în care există asociații speciale de boli sau alte probleme cu totul particulare.

X. Evoluție, complicații, prognostic

Se precizează evoluția generală a cazului, complicațiile posibile și prin consecință, prognosticul.

XI. Tratament

Tratamentul în momentul examinării (prezentării) cuprinde:

- recomandările de stil de viață: regim alimentar, efort fizic (sau repaus, cu durata și limitările sale), abandonarea fumatului, alcoolului, încadrare în activitate, etc.
- tratamentul medicamentos cu argumentarea indicației, prezentarea dozelor în mg, discutarea interrelațiilor între boli, modul de urmărire al tratamentului
- tratamentul chirurgical sau intervențional – indicații sau contraindicații.

În discutarea tratamentului NU contează posibilitățile existente (ca dotări sau preț). Acestea pot fi menționate dar nu este obligatoriu.

XII. Recomandări la externare

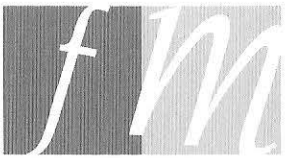
Tratamentul după externare cu aceleași elemente ca și a episodului actual.

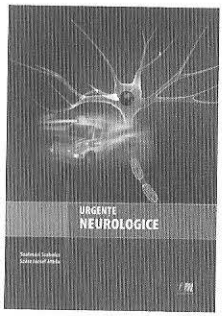
Punctele tratamentului (XI și XII) pot fi reunite și dacă este cazul se poate prezenta și un plan de evaluare și urmărire ulterioară.

XIII. Particularități ale cazului

Acest capitol nu este obligatoriu, dar poate reprezenta o concluzie a prezentării.

ALTE PUBLICAȚII





URGENȚE NEUROLOGICE

- **Autori:** Dr. Szász József Attila, Dr. Szatmári Szabolcs
- **Lector de specialitate:** Prof. univ. Dr. Ovidiu Băjenaru
- **Număr pagini interioare:** 137 pagini
- **Format:** 167 x 237 mm
- **Preț: 25,00 RON** (taxe poștale incluse)

Din cuprins:

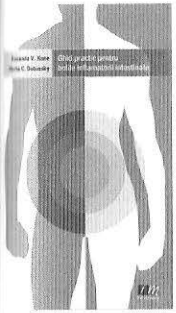
- Examinarea neurologică de urgență
- Tulburările de conștiență, starea comatoasă
- Crizele epileptice
- Cefaleea
- Sindromul meningian
- Accidentul vascular cerebral (AVC)
- Tumorile intracraniene
- Scleroza multiplă
- Sindroamele medulare care necesită asistență de urgență

și multe altele

„Cartea se remarcă prin conciziune, claritate și în același timp prin rigoare științifică care o face extrem de utilă pentru medicul practician dar fară să coboare sub standardele internaționale ale unei lucrări stiințifice moderne.În felul acesta într-un volum de pagini relativ redus, într-o concepție redacțională modernă, această carte reușește să fie un îndreptar practic foarte util și actual în domeniul urgențelor neurologice, ușor de folosit atât de către medicii neurologi cât și de specialiștii în urgențe medicale, dar și de către medicii din alte specialități."

Prof. Dr. Ovidiu Băjenaru

Cărțile se pot comanda la numărul de telefon/fax: 0265-260326 sau prin e-mail:office@farmamedia.ro
Vă invităm să ne fiți cititori!
www.farmamedia.ro



GHID PRACTIC PENTRU BOLILE INFLAMATORII INTESTINALE

- **Autori:** Sunanda V. Kane, Marla C. Dubinsky
- **Lector de specialitate:** Prof. Dr. Simona Bățagă
- **Număr pagini interioare:** 171 pagini
- **Format:** 107 x 179 mm
- **Preț: 20,00 RON** (taxe poștale incluse)

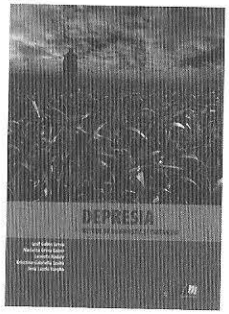
Din cuprins:

- Introducere în rectocolita ulcero-hemoragică și boala Crohn
- Simptomele pacientului
- Tratamentul medicamentos
- Medicina complementară și alternativă
- Populații speciale

și multe altele

Cartea "Ghid practic pentru bolile inflamatorii intestinale", apărută pentru prima dată sub egida Cambridge University Press, este destinată unei orientări rapide în diagnosticul și tratamentul a două patologii care se amplifică în prezent în țara noastră, și anume rectocolita ulcero-hemoragică și boala Crohn. Cartea comprimă vastitatea cunoștințelor științifice care au apărut în ultimii ani într-o formă succintă, concentrându-se direct pe îngrijirea pacientului și pe aspectele practice ale acestei patologii, fiind un ghid clinic de încredere pentru managementul practic al pacientului cu boală inflamatorie intestinală.

Cărțile se pot comanda la numărul de telefon/fax: 0265-260326 sau prin e-mail: office@farmamedia.ro
Vă invităm să ne fiți cititori!
www.farmamedia.ro



DEPRESIA

METODE DE DIAGNOSTIC ŞI TRATAMENT

- **Autori:** Dr. Iosif Gabos Grecu, Dr. Marietta Grecu Gabos, Dr. Levente Ráduly, Dr. Krisztina Gabriella Szabó, Dr. Jenő László Vargha
- **Număr pagini interioare:** 313 pagini
- **Format:** 167 x 237 mm
- **Preţ: 35,00 RON** (taxe poştale incluse)

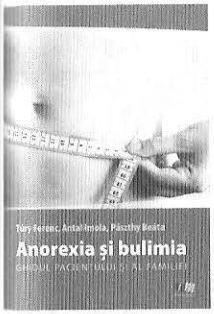
Din cuprins:

- Abordarea depresiei din punct de vedere psihiatric
- Tratamentul depresiei
- Abordarea depresiei din punct de vedere psihologic
- Psihiologia depresiei
- Factori psihosociali şi mecanisme psihologice ale depresiei
- Examinarea psihologică a persoanelor afectate de depresie
- Psihoterapia depresiei

şi multe altele

Cartea este o îmbinare unică atât a informaţiilor din sfera psihiatriei cât si a celor din sfera psihologiei a unui subiect atât de frecvent prezent în viaţa oamenilor,şi anume depresia. Structura clară a cărţii, cât şi expunerea coerenta a noutăţilor de ultimă oră, fac din această carte o sursă de un real ajutor atât medicilor de familie cât şi psihiatrilor, psihologilor, neurologilor, medicilor rezidenţi şi nu în ultimul rând, oricărei persoane interesate de acest subiect.

Cărţile se pot comanda la numărul de telefon/fax: 0265-260326 sau prin e-mail: office@farmamedia.ro
Vă invităm să ne fiţi cititori!
www.farmamedia.ro



ANOREXIA ŞI BULIMIA

GHIDUL PACIENTULUI ŞI AL FAMILIEI

- **Autor:** Túry F., Antal I., Pászthy B.
- **Număr pagini interioare:** 180 pagini
- **Format:** 146 x 205 mm
- **Preţ: 20,00 RON** (taxe poştale incluse)

Din cuprins:

- Abordarea depresiei din punct de vedere psihiatric
- Tratamentul depresiei
- Abordarea depresiei din punct de vedere psihologic
- Psihiologia depresiei
- Factori psihosociali şi mecanisme psihologice ale depresiei
- Examinarea psihologică a persoanelor afectate de depresie
- Psihoterapia depresiei

şi multe altele

"...cartea pe care o ţineţi în mână nu este una de duzină! Este o carte de căpătâi a bolnavilor, dar mai ales a aparţinătorilor celor cu tulburări de alimentaţie. O carte a cărui autor ne instruieşte fără a ne dăscăli. Ne pune la îndemână cunoştinţe într-un mod uşor de cuprins, vorbindu-ne de parcă am sta în faţa lui pe divanul vrăjit al cabinetului de psihoterapie. Ne împărtăşeşte quintesenţa unei experienţe de peste un sfert de veac cu dărnicia unui Dariu al timpurilor noastre."

Veress Albert

Cărţile se pot comanda la numărul de telefon/fax: 0265-260326 sau prin e-mail: office@farmamedia.ro
Vă invităm să ne fiţi cititori!
www.farmamedia.ro